

Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão.
Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza,
função e relação com a psicopatologia.

Paula Cristina de Oliveira de Castilho Freitas | Dezembro de 2011

• U



C •

FPCEUC

Paula Cristina de Oliveira de Castilho Freitas
Dezembro de 2011

**Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão.
Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza,
função e relação com a psicopatologia.**

Dissertação de Doutoramento em Psicologia, na área de especialização
em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências
da Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor
Doutor José Augusto da Veiga Pinto de Gouveia



FPCEUC FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Fotografia Girassol, Dezembro de 2011, José Pinto Gouveia
Grafismo José Joaquim M. Costa

Ao João, à Maria e à Benedita

“Aqui, entre nós; desde que atingi o uso da razão que detesto as epopeias...
...Não sei andar a cavalo - nem numa ideologia, nem num poder, nem num cavalo propriamente dito -, não sou capaz de dizer lugares-comuns às multidões e o meu programa genético pôs-me na cabeça algumas interrogações no preciso lugar onde costuma ficar aquela mão-cheia de certezas, simplezinhas e diretas, sem as quais um condutor de epopeias não tem quaisquer possibilidades de triunfo”.

António Alçada Baptista, 1990

Em *Peregrinação Interior II – O Anjo da Esperança*

Preâmbulo

Desenrolo-me como uma alma distraída numa viagem sobre a qual teço as minhas histórias. E até pode ser que nada tenha sido por acaso. Partilho, com tranquila humildade, da ideia de que o que aconteceu, ou aconteceu a todos, e é comum, ou só me aconteceu a mim, e não justifica, porventura, um exercício de retórica.

Não é preciso saber muitas coisas para compreender as mais importantes. Chegar até aqui, resultou da inquietação natural de quem teima em recusar os atalhos fáceis das receitas simples.

A incursão, primeira, pelos caminhos da reabilitação. Um diferencial competitivo que parte de uma conceção cultural comum, numa espécie de apologética da inteligência; um fio de ariana. Então, a minha circunstância e que justifica, porventura, a velha ideia de que «as pessoas não deviam fazer a sua história, mas a sua geografia». Nunca quis ver das margens, nem a minha vida, nem as minhas escolhas.

Logo depois, a docência, a investigação e, sempre, mas sempre, a clínica, constituíram-se em compromissos de longo prazo - ambiciosos, mas cumpridos. Um percurso começado a medo, entretanto apaziguado no caminho feito. Assumo as dificuldades sentidas, que procurei capitalizar como meio indispensável de aprendizagem, mantendo sempre um acordo sereno entre o desejável e o possível.

Mais do que crítica, procurei ser fazedora; com pudor e sem deslumbramentos. Treinando diariamente o mérito de tentar e o hábito de não desistir; procurando saber cada vez

mais; reduzindo a angústia, explorando o mundo dos afetos e certa de que as palavras nunca chegam para mudar a realidade. Consciente de que o agora resulta das minhas decisões e das escolhas que fui, ou não, capaz de fazer.

A espaços, fui acrescentando pedaços de subjetividade; absolutamente certa que sei pouco de muita coisa e porque talvez isto seja o sentido. E porque, aqui entre nós, tudo é viagem, tudo é caminho...

Nesta viagem, foram decisivos capitães de exceção e vastas cartas de marear.

Sempre e em primeiro lugar, como referência incontornável, orientando velas e reajustando rotas, o meu Mestre, Professor Doutor José Pinto Gouveia.

Caríssimo Professor, não sei se consigo falar objetivamente, nem isso me preocupa. O tempo passa a ser outro tempo, de traçado puro. Que privilégio o meu tê-lo conhecido! Espírito livre, raro e excecional, emprestou-me conhecimento e ensinou-me uma certa vontade de refazer o mundo; provocou-me e inquietou o sossego das minhas certezas. Fez-me ver para lá do visível, naquele terreno onde se exaltam os afetos, num encantamento que é uma espécie de catarse de um processo de realização difícil. E eu, sempre imperfeita, em vias de realização...O meu desassossego, o desassossego intelectual que causou em mim, continua por fatigar. A homenagem que quero prestar-lhe pecará sempre por incompletude, na medida em que, sobre si Senhor Professor, só sei com toda a certeza que «tudo está escrito nos espaços brancos que ficam entre uma palavra e a outra».

Ao Professor Doutor Paul Gilbert, uma espécie de homem novo, sabedoria pura e cultor de afetos. Pela simpatia e humildade científica e humana. Por tudo o que aprendi, e que foi imenso. À Jean Gilbert pela amabilidade, incentivo e reforço em momentos cruciais.

Aos meus Doentes, pela inspiração e porque tudo foi por eles; para que ganhem, atrevidamente, o direito à felicidade.

E porque não me suportaria infinita, quero saudar, reconhecidamente, quem fez comigo este caminho e não deixou que viajassem sozinha.

Pelo contributo inestimável na recolha de dados, do Hospital Cova da Beira, da Covilhã, o Dr. Carlos Leitão, a quem agradeço a forma calorosa, aberta e interessada como acolheu a investigação, assim como a sua equipa. Em especial, à Dra. Sónia Bessa, pela organização, colaboração e empenho. Pela disponibilidade imensa.

Dos Hospitais da Universidade de Coimbra, ao Professor Doutor Carlos Brás Saraiva, pela abertura e pronta colaboração. Pela curiosidade e incentivo. À Dra. Helena Rita, pela generosidade e por todas as palavras de reforço. À Enfermeira Isilda, pela simpatia e prontidão na resolução de alguns problemas logísticos e burocráticos. Do secretariado clínico, ao Carlos, à Milai e à D. Cândida pela ajuda preciosa prestada ao longo do processo de recolha.

Em especial ao Carlos por me ter ajudado a cuidar de mim. A todas as colegas que se prontificaram a sinalizar os seus doentes e a colaborar na passagem dos instrumentos de medida, nomeadamente: Dra. Lígia Fonseca, Dra. Margarida Robalo, Dra. Cláudia Ferreira, e psicólogas voluntárias: Dra. Ana Xavier, Dra. Lara Palmeira, Dra. Elisabete Bento e Dra. Cristiana Duarte. Em especial, à Ana, Lara e Elisabete pela dedicação, entusiasmo e humor com que coloriram a recolha e colocação de dados. Por me terem feito companhia.

Um especial agradecimento à Lígia e à Margarida, “porque sem a vossa colaboração tudo teria sido mais difícil”. À Margarida, porque a amizade é a fonte maior da simpatia. À Lígia, por me ter ensinado que é sempre possível acender uma luz ‘na noite do mundo ou nos olhos de alguém’.

Do Hospital Sobral Cid, à Dra. Fernanda Duarte e ao Dr. Canhão, pela disponibilidade e abertura. Pela atitude de colaboração e de partilha.

Do Gabinete de Psicologia dos Serviços e Ação Social do Instituto Politécnico de Coimbra, a colaboração calorosa da Dra. Helena Moura e Dra. Joana Godinho. Em particular à Joana, pelo espanto da descoberta. Pelo seu interesse constante e rigoroso. Pela simpatia e forma cuidada e carinhosa com que me trata.

Do Hospital Infante D. Pedro, ao Diretor de Serviço, Dr. Mesquita, e aos psiquiatras Dr. Tiago e Dr. Vítor Oliveira pela colaboração e ajuda. Do Hospital S. Teotónio de Viseu, à Dra. Alzira Albuquerque, pela simpatia e abertura. Pelo olhar curioso e partilha de saberes. Pelo reencontro.

Ainda em relação à recolha de doentes, ao Professor Doutor Pinto Gouveia, ao Dr. Serafim Carvalho, à Dra. Ana Moreira, Dra. Mariete Osório e Professora Doutora Marina Cunha, pela capacidade de transformarem a boa vontade em ações positivas. Em especial, ao Serafim, colega de jornada, pela partilha, interesse e ajuda mútua. Pelas palavras de incentivo. Pelo compromisso e trabalho de equipa.

Da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra:

À Professora Doutora Luísa Maria Almeida Morgado, pela cortesia e pela intencionalidade.

À Professora Paula Matos, pelo culto discreto da experiência e do conhecimento. Pelas palavras e gestos de incentivo e carinho. Por me fazer sentir em casa.

À Dra. Elisa, testemunha generosa dos meus momentos de dúvida e ansiedade.

À Dra. Maria Margarida Umbelino, pela firmeza e pela determinação. Pelo sorriso sempre presente.

À Dra. Cláudia Figueiredo, por ter despertado em mim o interesse pela “estatística”. Por ter promovido, sem querer, a minha autonomia. Cresci.

Finalmente, daquele círculo imenso e tão restrito:

Ao João Graça, porque os silêncios são também uma presença.

À Maria Jorge, que me foi emprestando emoções. Por ter aquecido algumas das minhas noites.

Ao Alexandre, pela conjugação clara e isenta da forma com o conteúdo, integrando-os numa gramática própria, no sentido de um todo onde cada componente é essencial. Pelo rigor e simplicidade com que aborda a “estatística”. Pelo respeito e amizade construído.

À Célia Carvalho, pelo espaço em aberto de incentivo e persistência. Pela amizade renovada.

À Teresa, que algumas vezes ajudou a reduzir a angústia e me soube ouvir.

À Joana Costa, pela ajuda preciosa no final deste trabalho. Pelo cuidado e simpatia. Pela atenção à Maria e Benedita.

Ao Zé Joaquim, pela visão mais vasta e pela colaboração inexcedível. Pelo bom gosto.

Ao Daniel, pelas memórias que criam em nós um universo muito pessoal e pelos tempos todos que se cruzam num só tempo. Pelas palavras de afeto e *soothing*.

À Rosarinho, por ter sido a âncora que se lança ao lugar de onde partimos. Pela profunda amizade sentida.

Ao Alberto e Ana, pela companhia. Pelo reforço e por me fazerem sentir viva. Por me terem escolhido.

À Lúgia, minha amiga, por me ter feito rir em momentos decisivos. Pelo vinho bebido em conjunto. À Dírcea, por ser a minha médica de eleição.

Ao Mário e ao André, pela presença contínua num dos momentos mais decisivos da minha vida. Por me fazerem sentir valorizada e respeitada. Pelo cuidado e afeto pela Benedita. À Tânia, pela partilha de oportunidades. Pela ajuda e disponibilidade sempre presente.

À Mariana Marques, pelo respeito, pela presença e pela serenidade motivadora nos momentos cruciais. Pelo reencontro que espero que continue.

À Sónia Cherpe, pelo entusiasmo contagiante, pela oferta de disponibilidade e pelo prazer do riso. Pela amizade, respeito e afeto partilhado. Pelos gestos de carinho contínuos e sólidos.

À Lara, pelo esforço incontornável. Pela presença discreta, mas sentida. Pelos pequenos gestos de tranquilização que se revelaram importantes reguladores do meu *stress*. Pela forma carinhosa com que brincou com a Benedita.

À Luísa, porque ao fazer-me rir consigo voar. Por reforçar o meu gosto por flores humildes que se encostam, delicadamente, no muro. Por ter guardado os meus olhos nos seus olhos.

Ao Rui, porque há homens impossíveis de encontrar em registos comuns; pelo encontro e pela cumplicidade de ver para além do olhar.

À Céuzinha, porque a vida é feita de afetos, que a justificam e que nos distinguem. Pela ajuda preciosa no final. Pelo rigor, empenho e leitura crítica. Pelas sugestões dadas.

À Sónia Gregório, pela sintonia sistemática de uma linguagem poupada ao excesso de significados e por todos os instantes que se pressentem e se condensam num olhar.

À Elisabete Bento, pela infinita atenção. Pela presença genuína e desinteressada. Pela amizade estendida ao que é mais importante para mim.

À Carolina, pelo compromisso. Pelas palavras de estímulo e reforço. Pelo trabalho rigoroso e metódico. Pela presença. Pela amizade que nasceu.

À Sónia Bessa, pela orquestração de afetos que tranquilizam o olhar; pela amizade sentida que contempla a nossa interioridade e à qual não renunciarei. E porque é bom ter alguém que chora em vez de nós quando nos magoamos. Pelas palavras simples, quentes com que aqueceu o meu rosto.

À Xana, ponto de partida e ponto de abrigo. Companheira inevitável de viagem; e porque há pessoas que não pertencem a um lugar ou a um tempo: são de todos os tempos e inspiram outros sonhos possíveis.

À Leonor, pela generosa ajuda. Por todos os gestos de amor e afeto pela Benedita.

À Beta, porque a lealdade fica perto do coração, pela malha de significações e de simbologias e porque há muitos mundos dentro do mundo. Por ter cuidado de mim e das minhas filhas. Por estar sempre presente.

À Ana, pela revelação - é na tempestade que se conhece o marinheiro. E por sobrepor a importância da amizade e do trabalho ao brilho do reconhecimento.

À Susana, pela leitura crítica na busca incessante de quem somos. Pela constância e compreensão. Pelo interesse, dedicação e ajuda neste trabalho. Por me ter feito perceber que mesmo que me falem as forças não me devo separar de mim.

Aos meus Sogros, António João e Lúcia, pelo espaço interior e pela nitidez da presença-condição e atmosfera imprescindível à sustentação de um pessoalíssimo projeto de vida.

À minha Irmã, porque uma coisa imensa não cabe em algumas palavras. O amor não se fala, sente-se. Aos meus sobrinhos Rodrigo e João, por tornarem o meu jardim mais vivo e colorido.

À minha Mãe, por me ter ensinado a inventar-me muito para lá de mim. Por deixar, momento a momento, desde que nasci, pedaços de vida na minha vida.

Ao meu Pai, memória, lembrança e revisitação. A sua lembrança, é como as palavras, aves que me sussurram o seu nome a toda a hora e que pintam a sua existência em mim.

Ao João, pela vida que partilhamos, pelos fragmentos de realidade, pela ilusão, pelo jogo a dois. Por nós. Por me fazer acreditar que tudo é eterno num segundo, e que o amor tem asas de ouro e de saudade.

À Maria e à Benedita, as minhas filhas, porque por elas meço os espaços com os meus passos. Porque nasci no dia em que as conheci. Pontos de luz que me aconchegam, acesos na minha alma.

Tudo foi feito de acontecimentos extraordinários que me arrebataram. Exatamente daí, de onde se almeja o infinito, agradeço a todos. Como agradeço todas as críticas, mesmo as mais severas, porque as facilidades, às vezes, impedem-nos de caminhar.

Resumo

Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia

Nos últimos anos, tem crescido o interesse pelo estudo da compaixão e pela sua inclusão no tratamento de indivíduos com dificuldades psicológicas complexas e sérias, com histórias precoces, na maioria das vezes, de abuso, negligência, criticismo e insegurança emocional. O autocriticismo tem sido apontado como um fator importante de vulnerabilidade para a psicopatologia, associado a vários quadros psicopatológicos, em particular a depressão. Além disso, alguns estudos evidenciaram que os indivíduos com autocriticismo marcado tendem a obter fracos resultados na terapia cognitiva, sendo que estes dependem do grau de modificação do autocriticismo. Contudo, e apesar do importante apoio empírico (Blatt & Zuroff, 1992; Mongrain et al., 1998; Steiger et al, 1990), a maior parte dos estudos aborda-o numa perspectiva unidimensional (Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff et al, 1994).

Gilbert e colaboradores (2004) sugeriram que o autocriticismo pode assumir diferentes formas e funções percebidas, e que estas dimensões podem estar associadas de forma diferente à psicopatologia. O autocriticismo representa uma relação interna hostil-dominante que ativa o sistema de processamento de defesa-ameaça e que reforça o sentimento de inferioridade e subordinação, contrastando com as estratégias de autocompaixão e autotranquilização. A relação interna do *eu* com o *eu* (de crítica *versus* de tranquilização e aceitação) opera através dos mesmos sistemas neuropsicológicos usados na relação social com os outros (Gilbert, 2000c; Gilbert & Irons, 2005, 2006). Embora a importância destes dois construtos seja amplamente reconhecida, a presente investigação procurou explorar a génese do autocriticismo e da autocompaixão, as suas diferentes formas e, particularmente, o seu contributo para a regulação emocional e psicopatologia em patologias ainda não estudadas, como a perturbação *borderline* da personalidade.

Os resultados obtidos salientaram a importância das experiências precoces com um conteúdo de ameaça, hostilidade e subordinação ou de ausência de afetividade e rejeição para a génese do autocriticismo. Pelo contrário, o desenvolvimento da autocompaixão parece ficar comprometido com a vivência de experiências precoces desta natureza.

Os resultados demonstraram também que o impacto destas experiências precoces na psicopatologia, comparação social e comportamentos de submissão no estado adulto é

operado pelas formas do autocrítico e autotranquilização. Além disso, a relação da vergonha externa com os sintomas depressivos e ansiosos mostrou-se parcialmente mediada pelo autocrítico, o que salienta, mais uma vez, o papel crucial deste processo para a vulnerabilidade e manutenção da psicopatologia. Numa amostra clínica, em relação à influência dos *outputs* afetivos (excitação, contentamento e vergonha) ligados aos três sistemas de regulação de afeto no desenvolvimento destes dois tipos de relação interna do *eu* com o *eu*, os resultados revelaram que a presença de afeto negativo contribui para a gênese do autocrítico e que a inexistência de afeto positivo, sobretudo sentimentos de segurança, calor e contentamento, dificulta o desenvolvimento de competências de autocompaixão e de autotranquilização.

Finalmente, a presença de autocrítico na sua forma mais tóxica e negativa (*eu detestado*), associada à ausência de competências de autocompaixão (calor, condição humana e *mindfulness*) vulnerabiliza os doentes *borderline* para a manifestação de comportamentos de autodano, o que sugere que são experiências autoavaliativas importantes na fenomenologia do autodano. Neste conjunto de estudos, em amostras não clínicas e clínicas, a relevância da forma mais tóxica e patogénica do autocrítico foi demonstrada, o que reforça a sua natureza nefasta e a necessidade de intervenção nesta forma de autocrítico.

Em suma, os resultados da presente dissertação ressaltam o papel crucial do autocrítico e da autocompaixão na regulação emocional e na psicopatologia.

Palavras-Chave: Autocrítico e autocompaixão, modelo evolucionário, teoria das mentalidades sociais, sistema tripartido de regulação de afeto, memórias emocionais na infância, psicopatologia, perturbação *borderline* da personalidade.

Abstract

Internal relationship models: self-criticism and self-compassion. An evolutionary approach to understand its nature, function and relationship with psychopathology

There has been a growing interest regarding the study of compassion and its inclusion in the treatment of individuals with serious and complex psychological disorders, with developmental histories characterized by negligence, criticism and lack of emotional safeness. Self-criticism has been pointed out as an important vulnerability factor to develop psychopathology, associated to several psychopathological disorders, particularly with depression. Furthermore, some studies have highlighted that individuals with high self-criticism tend to have weak results in cognitive therapy, those results depending on the degree of self-criticism change. However, and despite empirical support (Blatt & Zuroff, 1992; Mongrain et al., 1998; Steiger et al, 1990), the majority of the studies approaches self-criticism as a unidimensional construct (Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff et al, 1994).

Gilbert et al. (2004) have suggested that self-criticism can assume different forms and functions, and that these dimensions can be related to psychopathology in different ways. Self-criticism represents an internal hostile – dominant relationship that activates the defence-threat system and reinforces the feeling of inferiority and subordination, in contrast with strategies of self-compassion and self-soothing. This self-to-self relationship (of criticism *versus* acceptance/reassurance) operates through the same neuropsychological systems used in the social self-to-others relationship (Gilbert, 2000c; Gilbert & Irons, 2005, 2006). Although the importance of these two concepts is widely recognised, the present research has explored the genesis of self-criticism and self-compassion, its different forms and, particularly, its contribute to emotional regulation and psychopathology, not yet studied in certain pathologies, such as borderline personality disorder.

The results obtained emphasized the importance of early experiences marked by threat, hostility, subordination, absence of affection and rejection to the development of self-criticism. On the contrary, the development of self-compassion is compromised by early experiences of this nature. Results have also shown that the impact of these early experiences in psychopathology, social comparison, and submissive behaviours in adults is operated through the forms of self-criticism and self-reassurance. Furthermore, the relationship of external shame with depressive and anxious symptoms has been partially mediated by self-criticism which, again, highlights the important role this process plays in psychopathology vulnerability and maintenance. In a clinical sample, regarding the influence of affective outputs (drive and excitement, safeness and shame) linked to the three types of affect regulation systems in the development of the two types of self-to-self relationship, results have shown that the presence of negative affect contributes to the genesis of self-criticism, and

that the inexistence of positive affect, particularly of safeness, warmth and nurture, hinders the development of self-compassion and self-soothing.

Finally, the presence of self-criticism in its more negative and toxic form (*hated self*) in borderline patients, associated with the absence of self-compassion skills (warmth, common humanity and mindfulness) act as vulnerability factors to self-harm behaviours, suggesting that these are important self-evaluative experiences in the phenomenology of self-harm. In our set of studies, using clinical and non-clinical samples, the relevance of the more pathogenic form of self-criticism has been demonstrated, which reinforces its pervasive nature and the need of intervention in this form of self-criticism.

Taken together, the results of this dissertation emphasize the crucial role of self-criticism and self-compassion in emotional regulation and psychopathology.

Key-words: self-criticism and self-compassion, evolutionary model, social mentalities, types of affect-regulating system, emotional memories in childhood, psychopathology, borderline personality disorder.

Índice

1| INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1

- A jornada evolucionária e os sistemas de regulação de afeto: A natureza da mente
8| humana e as suas necessidades e papéis sociais

CAPÍTULO 2

- 37| Teoria das mentalidades sociais e as Experiências do *Eu*: Autocriticismo e Autocompaixão

CAPÍTULO 3

- 59| Objetivos e Metodologia Geral da investigação

CAPÍTULO 4

- Avaliação do Autocriticismo, da Autocompaixão e da Submissão. Estudos preliminares de
aferição das versões portuguesas das Escalas do Autocriticismo, da Escala da
107| Autocompaixão e da Escala de Comportamentos de Submissão

CAPÍTULO 5

- Origem desenvolvimental das experiências do *Eu* – Autocriticismo e Autocompaixão:
187| A sua contribuição para a Psicopatologia e *Ranking* Social

CAPÍTULO 6

- Experiências do *Eu* e Psicopatologia: Estudo do Efeito Mediador do Autocriticismo
e da Autocompaixão na relação entre a Vergonha Externa e os Sintomas Depressivos
309| e Ansiosos

CAPÍTULO 7

- Sentir-se Seguro, Ativo ou com Medo? Importância do Sistema Tripartido de Regulação
de Afeto: Sua relação com as Memórias Emocionais e com o Autocriticismo e
339| Autocompaixão

CAPÍTULO 8

- Perturbação Estado Limite da Personalidade: O papel do autocriticismo
367| e da autocompaixão nos sintomas borderline

CAPÍTULO 9

- 405| Conclusões finais

415| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

479| ANEXOS

Índice

1	INTRODUÇÃO
	CAPÍTULO 1
	A jornada evolucionária e os sistemas de regulação de afeto: A natureza da mente humana e as suas necessidades e papéis sociais
8	1. Pressupostos básicos da abordagem evolucionária
10	1.1. Evolução e Mente Humana
13	1.2. Evolução e Psicopatologia
17	2. O Cérebro e a Evolução
20	3. Sistema de defesa
23	3.1. Sistema de ameaça-defesa e afeto negativo
26	3.2. Defesa, procura de proteção e <i>safeness</i>
27	3.3. <i>Safeness</i> e Afeto Positivo
28	4. Contexto social e papéis sociais
29	5. Evolução e Objetivos Biossociais
30	5.1. Competição
30	5.2. Cooperação
31	5.3. Procura e Prestação de Cuidados
31	6. Motivos e Afetos
32	7. Evolução dos papéis sociais
33	8. Síntese
	CAPÍTULO 2
	Teoria das Mentalidades Sociais e as Experiências do Eu: Autocriticismo e Autocompaixão
37	1. Sistemas de Regulação de Afeto
40	1.1. O funcionamento interativo dos três sistemas de regulação de afeto
41	2. Teoria das Mentalidades Sociais
41	2.1. Contexto social e módulos/estratégias
45	2.2. A autoidentidade e o contexto social
45	2.3. Mentalidade de ranking social e as experiências do eu

46	2.4. Relação entre a competição social e teorias da vinculação
49	3. A internalização dos sinais sociais
49	4. Autocriticismo como uma forma de relação do eu com o eu
50	4.1. Relação hostil-dominante e medrosa-subordinada na relação do eu com o eu
51	4.2. Autoataque e autocriticismo como uma perseguição interna
54	5. Autocompaixão, como uma relação do eu com o eu diferente
56	6. A terapia focada na compaixão

CAPÍTULO 3

Objetivos e Metodologia Geral da investigação

59	1. Fundamentação, objetivos e etapas da investigação
59	1.1. Fundamentação
60	1.2. Objetivos gerais
62	1.3. Etapas da investigação
64	2. Metodologia
64	2.1. Procedimento geral de recolha de dados
65	3. Instrumentos de medida
103	4. Tratamento estatístico dos dados

CAPÍTULO 4

Avaliação do Autocriticismo, da Autocompaixão e da Submissão. Estudos preliminares de aferição das versões portuguesas das Escalas do Autocriticismo, da Escala da Autocompaixão e da Escala de Comportamentos de Submissão

107	1. Introdução
	2. Estudo 1 – A versão portuguesa da Escala das Formas do Autocriticismo e Autotran-
110	quilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Autocriticismo e Autoataque (FSCS)
113	2.1. Método
119	2.2. Análise fatorial confirmatória
128	2.3. Estudo das propriedades dos itens e consistência interna da FSCRS
130	2.4. Fidedignidade teste reteste
131	2.5. Validade convergente e divergente
134	2.6. Poder discriminativo da FSCRS
138	3. Estudo 2 – A versão portuguesa da Escala da Autocompaixão (SELFCS)
142	3.1. Método
146	3.2. Resultados
153	3.3. Estudo das propriedades dos itens e consistência interna
156	3.4. Fidedignidade teste-reteste
156	3.5. Validade convergente e divergente
159	3.6. Poder discriminativo da SELFCS
163	4. Estudo 3 – A versão portuguesa da Escala de Comportamentos de Submissão (SBS)

165	4.1. Método
170	4.2. Resultados
175	4.3. Estudo das propriedades dos itens e consistência interna da SBS
177	4.4. Validade convergente e divergente
179	4.5. Poder discriminativo da SBS

182	5. Síntese final
-----	------------------

CAPÍTULO 5

Origem desenvolvimental das experiências do Eu – Autocriticismo e Autocompaixão: A sua contribuição para a Psicopatologia e Ranking Social

187	1. Introdução
190	1.1. Experiências relacionais precoces
191	1.2. Recordação de experiências de Ameaça e Subordinação na infância
193	1.3. Experiências adversas na infância
195	1.4. Estilos parentais
196	1.5. Memórias de Vergonha
	2. Estudo 1: Recordação de experiências de Ameaça e Subordinação na infância, Autocriticismo e Autocompaixão, Psicopatologia, Comparação Social e Submissão
199	2.1. Objetivos
200	2.2. Método
205	2.3. Resultados
222	2.4. Discussão
	3. Estudo 2: Experiências adversas na infância, Autocriticismo/Autocompaixão, Psicopatologia, Comparação Social e Submissão
229	3.1. Objetivos
230	3.2. Método
232	3.3. Resultados
250	3.4. Discussão
256	4. Estudo 3: Estilos parentais, Autocriticismo e Autocompaixão e Psicopatologia
256	4.1. Objetivos
257	4.2. Método
259	4.3. Resultados
270	4.4. Discussão
	5. Estudo 4: Memórias de Vergonha, Autocriticismo/Autocompaixão, Psicopatologia e comportamentos de Submissão
273	5.1. Objetivos
274	5.2. Método
277	5.3. Resultados
258	5.4. Discussão
291	6. Estudo 5: Memórias de Ameaça e Submissão na infância, Vergonha e Autocriticismo
292	6.1. Objetivos
293	6.2. Método
294	6.3. Resultados
300	6.4. Discussão

301	7. Conclusão final
306	8. Implicações clínicas
306	9. Limitações e futuras investigações

CAPÍTULO 6

Experiências do *Eu* e Psicopatologia: Estudo do Efeito Mediador do Autocriticismo e da Autocompaixão na relação entre a Vergonha Externa e os Sintomas Depressivos e Ansiosos

309	1. Introdução
309	1.1. Vergonha
310	1.2. Da experiência de Vergonha ao Autocriticismo
311	1.3. Vergonha, Autocriticismo e Psicopatologia
313	2. Objetivos
313	3. Método
313	3.1. Amostra
314	3.2. Instrumentos
314	3.3. Procedimento
314	3.4. Estratégia analítica
317	4. Resultados
317	4.1. Análise preliminar dos dados
317	4.2. Estatística descritiva
318	4.3. Análises de correlação
321	4.4. Contribuição relativa do Autocriticismo e da Vergonha Externa para a predição da Depressão
321	4.5. Contribuição relativa do Autocriticismo e da Vergonha Externa para a predição da Ansiedade
322	4.6. Influência do Autocriticismo e Autocompaixão na relação entre a Vergonha Externa e a Depressão
325	4.7. Influência do Autocriticismo e Autocompaixão na relação entre a Vergonha Externa e a Ansiedade
327	5. Discussão
334	6. Implicações clínicas
335	7. Limitações e futuras investigações

CAPÍTULO 7

Sentir-se Seguro, Ativo ou com Medo? Importância do Sistema Tripartido de Regulação de Afeto: Sua relação com as Memórias Emocionais e com o Autocriticismo e Autocompaixão

339	1. Introdução
339	1.1. Sistema Tripartido de Regulação de Afeto
342	1.2. <i>Soothing</i> , Memórias Emocionais e Autocriticismo

343	2. Objetivos
345	3. Método
345	3.1. Amostra
346	3.2. Instrumentos
347	3.3. Procedimento
347	3.4. Estratégia analítica
348	4. Resultados
348	4.1. Análise preliminar dos dados
348	4.2. Estatística descritiva
349	4.3. Análises de correlação
352	4.4. Modelo explicativo do Autocriticismo e da Autocompaixão
358	5. Discussão
362	6. Implicações clínicas
363	7. Limitações e futuras investigações

CAPÍTULO 8

Perturbação Estado Limite da Personalidade: O papel do autocriticismo e da autocompaixão nos sintomas borderline

367	1. Introdução
	2. Fenomenologia do Comportamento de Autodano: A contribuição relativa do Autocriticismo e da Autocompaixão
370	2.1. Autodano
370	2.2. Autocriticismo e Autocompaixão, Vergonha, e variáveis de <i>Ranking Social</i>
375	
377	3. Objetivos
378	4. Método
378	4.1. Amostra
380	4.2. Instrumentos
381	4.3. Procedimento
381	4.4. Estratégia analítica
384	5. Resultados
384	5.1. Análise preliminar dos dados
385	5.2. Estatística descritiva
386	5.3. Estudo da relação entre as variáveis preditoras do Comportamento de Autodano
392	6. Discussão
398	7. Implicações clínicas
399	8. Limitações e futuras investigações

405	CAPÍTULO 9
	Conclusões finais

415	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
-----	----------------------------

ANEXOS

481	Anexo 1 - Autorização e documentos da Comissão de Ética
489	Anexo 2 - Avaliação diagnóstica: SCID-I; SCID-II; ADIS-IV; BPDSI-IV
511	Anexo 3 - Memórias Emocionais na Infância: ELES, CECA-Q, PBI, CES, IES-R
517	Anexo 4 - Experiências do <i>Eu</i> : FSCRS; FSCS; LOSC; SELFCS; OAS; ISS
525	Anexo 5 - Variáveis de <i>ranking</i> : SCS, SBS
529	Anexo 6 - Afeto positivo: ETAP
531	Anexo 7 - Experiência de raiva: STAXI
537	Anexo 8 - Psicopatologia: EADS-42; QGS-28; PANAS; BPQ
541	Anexo 9 - Proximidade e ligação aos outros: EPLO
545	Anexo 10 - Otimismo disposicional: LOT-R
551	Anexo 11 - Regulação emocional: DES-II e AAQ-II



Introdução

Introdução

“O homem não é mais do que a sua imagem. Os filósofos bem podem explicar-nos que a opinião do mundo pouco conta e que só importa aquilo que somos. Mas, os filósofos não percebem nada. Enquanto vivermos entre os seres humanos, seremos aquilo que os seres humanos considerarem que somos. Passamos por velhacos ou manhosos quando não paramos de perguntar a nós próprios como nos vêem os outros, quando nos esforçamos por ser o mais simpático possível. Mas entre o meu eu e o do outro, existirá algum contacto directo, sem a mediação dos olhos? Será pensável o amor sem uma perseguição angustiada da nossa própria imagem no pensamento da pessoa amada? Quando deixamos de nos preocupar com a maneira como o outro nos vê, deixamos de o amar”.

Milan Kundera, *"A Insustentável Leveza do Ser"*

Esta reflexão de Milan Kundera (1984) traduz, de facto, a base da natureza humana. A mente humana vive de forma interdependente com outras mentes humanas, numa coreografia social complexa. Os seres humanos possuem uma profunda necessidade de pertença e de ligação. No seu longo percurso evolutivo desenvolveram a necessidade básica de existirem, de alguma forma, na mente dos outros de forma positiva, valorizada, amada. Esta interconectividade é a base do sentido de ligação, do afeto e da amizade. Poderíamos citar vários exemplos ilustrativos dos produtos únicos e emblemáticos da nossa capacidade de cooperação, de partilha e de aprendizagem mútua, como a ciência, a arte, ou até mesmo a ida à Lua. Apesar da capacidade de autoconsciência e representação simbólica ser emergente e permitir uma maior flexibilidade, partilha e reciprocidade com o meio e com os outros, condena o ser humano a uma vivência de interioridade ausente do outro, levando-o a imaginar, inferir ou prever e confiar no que o outro pensa, sente ou faz em relação a si. Só pode existir ou ser na sua própria mente. Os outros nunca poderão aceder ao seu mundo interior. A relação com eles é processada como “o outro que vem de fora” (Gilbert, 2007). Por isso, quando o outro é ausente, descuidado e hostil, o sofrimento aparece na forma de medo, ansiedade, desespero, e, nalgumas situações extremas, de ódio, destruição e exclusão. Mas, o outro e o *eu*, e o *eu* e o outro, são ângulos do mesmo prisma, com as mesmas necessidades, desejos, fantasias e receios. Partilham a mesma intenção, a de evitar o sofrimento e a de procurar a felicidade. Contu-

do, não são iguais nem nascem iguais. O homem tem uma vida curta (cerca de 25 a 30 mil dias) que se degrada e termina. Está sujeito a várias doenças e disfunções, na sua maioria, de etiologia genética, sendo esta vulnerabilidade genética em parte responsável pela diferença existente entre os humanos. Associada a esta vulnerabilidade, as circunstâncias sociais da sua vida sob as quais não tem controlo influenciam a mente que tem, o tipo de pessoa que é, os valores que adquire e a vida que vive (Gilbert, 2007, 2009).

Desde que nasce que a espécie humana possui uma variedade de comportamentos de proteção e defesa (e.g., evitamento, submissão inibida, luta pela competição e superioridade), inatos e aprendidos ao longo do desenvolvimento, para enfrentar os diversos desafios e obstáculos que a vida lhe reserva. O cérebro, como produto de milhares de anos de evolução, procura avaliar, classificar, descrever, comparar e antecipar os fenómenos para lidar com a diversidade de perigos e ameaças existentes, quer externas quer internas e consequente sofrimento. Além disso, o ser humano, para aprender a lidar com as emoções, sistemas de processamento evoluídos e cruciais para a relação com o mundo social (Greenberg, 1993), e desenvolver o seu sistema de processamento emocional, necessita da mente dos outros a cointeragir. A teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 1989, 2000c) postula que os seres humanos têm sistemas de processamento social que se desenvolveram, fruto do processo de evolução, selecção e adaptação, e que são sensíveis aos sinais sociais emitidos pelos outros. Constituem a base dos esquemas interpessoais a partir dos quais pode ocorrer a regulação do *eu*. Contudo, este modelo proposto por Gilbert (1989, 1992, 2000) não é novo e inscreve-se nos novos desenvolvimentos da terapia cognitivo-comportamental. Os terapeutas cognitivos sugerem a existência de múltiplos esquemas disfuncionais que organizam a informação acerca do *eu* e dos outros (Beck, 1990; Young et al, 2001). Contudo, não se focaram nos mecanismos internos implícitos e nos esquemas cognitivos em si. Curiosamente, já dentro do paradigma cognitivo, as perspectivas atencionais e metacognitivas (1994) clarificavam que era a função das cognições disfuncionais, e não a sua forma, que constituía o aspecto relevante. Isto advém da constatação e compreensão que determinados padrões cognitivos sobreaprendidos não são reestruturados e modificados. Para estas novas abordagens, é fundamental avaliar o tipo de processo e as suas funções, mais que o conteúdo (e.g., autocrítica).

Por outro lado, a nossa prática clínica ajudou-nos a compreender que, apesar dos esforços dos doentes e dos terapeutas no acionar da mudança, na maioria das vezes, estes continuam presos e encurralados às estratégias e comportamentos de autoproteção inatos ou que aprenderam ao longo da sua existência. Vários estudos e resultados recentes evidenciaram a importância de determinados processos para a regulação emocional. Uma dessas evidências relaciona-se com a terapia dialéctico-comportamental (DBT; Linehan, 1993), que salientou a importância do *mindfulness* e da aceitação no tratamento de casos complexos, como a patologia *borderline* da personalidade. No mesmo sentido, a terapia focada na compaixão

(Gilbert, 2005, 2007, 2009; Gilbert & Procter, 2006) concetualiza o autocríticismo e a vergonha como processos focados na ameaça-proteção, constituindo a compaixão e o *soothing* uma via positiva associada a um estado da mente diferente, crucial para a regulação emocional (redução do sofrimento e do impacto do autocríticismo). A terapia focada na compaixão como uma nova abordagem terapêutica está, especificamente, vocacionada para problemas emocionais crónicos que expressam dificuldades, sobretudo, na relação do *eu* com o *eu* (Gilbert, 2007). Este pressuposto, associado à nossa prática clínica com perturbações da personalidade, em especial a perturbação *borderline* da personalidade, e ainda a constatação objetiva, no contexto terapêutico, dos fracos resultados terapêuticos que os doentes com elevado autocríticismo e vergonha apresentam, aliada à importância dos três sistemas de regulação de afeto para a regulação de uma variedade de processos psicológicos, motivou e “deu corpo” a esta investigação.

A presente investigação tem como objetivo principal estudar as diferentes formas do autocríticismo e da autocompaixão, a sua origem desenvolvimental e o papel contributivo para a regulação emocional e psicopatologia.

Esta dissertação está organizada em duas partes. A primeira parte apresenta o enquadramento teórico deste trabalho, incluindo a revisão da literatura sobre o tema da investigação. Assim, esta parte está dividida em dois capítulos. No capítulo 1, é feita uma descrição da forma como o modelo evolucionário conceptualiza a psicopatologia, do papel da evolução na mente humana e dos diferentes sistemas de regulação do afeto. O capítulo 2 faz uma revisão sintética dos três sistemas de regulação de afeto, com especial destaque para a descrição da teoria das mentalidades sociais. Neste capítulo, definem-se as variáveis relevantes para os estudos da parte empírica do presente trabalho. Concretamente, são definidos os conceitos de autocríticismo e autocompaixão e a sua ligação a determinados módulos e estratégias biosociais. A primeira parte termina com a importância destas experiências do *eu* para a regulação emocional e para a psicopatologia.

A segunda parte descreve a parte empírica do trabalho, ou seja, o contributo pessoal desta investigação para a compreensão da natureza do autocríticismo e autocompaixão, a sua função e relação com a psicopatologia. Está dividida em sete capítulos, sendo que o primeiro se refere à metodologia dos estudos apresentados e o último discute, na globalidade, os resultados obtidos. Assim, o capítulo 3 apresenta a fundamentação, os objetivos gerais, a metodologia e os instrumentos de medida utilizados nos estudos empíricos. No capítulo 4, estão incluídos os estudos de validação das versões portuguesas das medidas em análise. Em todos os estudos empíricos, optou-se por apresentar uma pequena introdução teórica enquadadora, assim como por discutir detalhadamente e à luz da literatura os resultados obtidos, incluindo as implicações clínicas e as respetivas limitações. Os capítulos 5 e 6 descrevem os estudos realizados em amostras não clínicas. Especificamente, o capítulo 5 refere-se ao estudo

da génese desenvolvimental do autocríticismo e da autocompaixão e do seu efeito mediador na relação entre memórias emocionais na infância, a psicopatologia, a comparação social e a submissão aos outros no estado adulto. Por sua vez, o capítulo 6 aborda a relação entre as experiências do *eu* e a psicopatologia, explorando o efeito mediador do autocríticismo na relação entre a vergonha externa e os sintomas depressivos e ansiosos. Nos capítulos 7 e 8 são apresentados os estudos empíricos nas amostras clínicas. O capítulo 7 descreve o efeito mediador dos *outputs* afetivos ligados ao sistema tri-partido de regulação de afeto na relação entre as memórias emocionais na infância e as formas do autocríticismo e autotranquilização, numa amostra clínica alargada. No capítulo 8, o último capítulo de resultados, é apresentado o estudo da contribuição do autocríticismo e da autocompaixão para a fenomenologia do autodano, em doentes com perturbação *borderline* da personalidade. Finalmente, no capítulo 9, as principais conclusões dos resultados são sintetizadas, assim como as implicações gerais para a prática clínica, as limitações e algumas direções para futuras investigações. Apresenta-se, ainda, após o último capítulo, as referências bibliográficas consultadas neste trabalho, assim como os anexos.



Capítulo 1

A jornada evolucionária e os sistemas de regulação de afeto: A natureza da mente humana e as suas necessidades e papéis sociais

Capítulo 1

A jornada evolucionária e os sistemas de regulação de afeto: A natureza da mente humana e as suas necessidades e papéis sociais

No presente capítulo, é apresentada a origem evolucionária da mente humana. Serão abordadas as implicações da forma como o ser humano evoluiu dentro do “fluxo da vida” e de como fazemos parte do todo, do universo. Especial destaque é dado à mente humana, como um produto evolutivo, e como ser agonístico e tribal é inerente ao ser humano, assim como o ser caloroso e compassivo. Pretende-se compreender a forma como o comportamento humano está inscrito em arquétipos e mentalidades inatas responsáveis pela forma como nos relacionamos com os outros e connosco próprios.

*“Que culpa tem o destino
Deste destino que eu tenho
Se o desgosto é pequenino
Eu aumento-lhe o tamanho*

*Se o desespero matasse
Eu já teria morrido
Talvez alguém me chorasse
Talvez o tenha merecido*

*Sinto que cheguei ao fim
Das ilusões que não tive
Porque alguém gosta de mim
Algo de mim sobrevive”*

Amália Rodrigues (1999)

1. Pressupostos básicos da abordagem evolucionária

“Todos os organismos são originários de uma espécie única. Esta espécie única terá sofrido muitas mudanças graduais e contínuas e terá depois dado origem a todos os organismos de diferentes formas. Estes organismos não foram imediatamente diferenciados, mas ao contrário, adquiriram as suas diferenças através de mudanças graduais, geração após geração.”

Filósofo chinês Tson-Tse (6 séc. d.c.)

(Ellenberger, 1970, pp.229-230)

É curioso constatar-mos que esta citação apresentada por Ellenberger (1970), sendo 1200 anos anterior à teoria da evolução das espécies de Darwin, apresentava implicitamente uma visão notável. A teoria da evolução e a seleção natural de Darwin tornou-se num paradigma aceite pela ciência, tendo acumulado ao longo do tempo fortes evidências empíricas. A publicação da obra “Origem das espécies” de Darwin transformou o mundo ocidental na conceptualização do que é ser humano, da nossa história e da nossa relação com os outros seres vivos. Constituiu a base do que viria a ser a psicologia moderna (Gilbert, 1984). Darwin procurou uma explicação para a evolução das espécies alternativa à visão vigente defendida pelas fortes tradições religiosas de que as espécies eram fixas e resultantes da criação divina. A moralidade cristã separava a carne do espírito e perpetuava a ideia de que, através da força, o espírito controlaria o corpo. Embora a ideia da mudança evolutiva das espécies tenha começado a tomar forma antes de Darwin ter encetado as suas viagens históricas a bordo do Beagle, em 1839, foi a partir das suas conhecidas introspeções que se gerou a grande mudança no conhecimento de que todos os indivíduos, membros de todas as espécies, estão expostos a problemas de luta pela sobrevivência e pela sua reprodução. Todos aqueles que exibem características e competências vantajosas nesta luta, seja por escaparem aos predadores, seja por melhor procurarem os seus meios de subsistência e as melhores oportunidades para se reproduzirem, vão excluindo os menos competentes e, assim, perpassar estas características de geração em geração. A força motriz para a variação das espécies é, portanto, a pressão seletiva, conhecida como a teoria da evolução por seleção natural. As espécies vão-se transformando ao longo dos tempos e, face a diferentes ambientes, podem criar geneticamente vantagens ou desvantagens codificadas para a criação de traços e capacidades (e.g., pelo branco em climas frios, a velocidade de corrida de alguns predadores) transmissíveis às gerações seguintes (herança genética). Esta atmosfera levou também Nietzsche a atacar o Cristianismo devido à sua profunda supressão de determinados aspetos da natureza humana, principalmente, o desejo e a paixão. Estas considerações fizeram Ellenberger (1970) considerar Nietzsche um precursor de muitas teorias psicanalíticas (Gilbert, 1989). Foi, de facto, neste clima que Freud cresceu e desenvolveu a sua teoria, apesar de hoje se defender a ideia de que não terá sido o primeiro a propor o conceito de inconsciente e a ideia que a repressão dos

aspectos mais primitivos da mente era a fonte do sofrimento mental. O seu modelo estrutural da mente conceptualizava as predisposições primitivas como um produto dos estádios evolutivos primitivos (referidos como *id*) dentro dos mecanismos inconscientes (Kriegman, 2000). Ainda Freud, e mais tarde Jung e Adler, consideravam fundamental conhecer a evolução humana a fim de compreender a psicopatologia. Contudo, ao longo dos tempos, a prática psicoterapêutica afastou-se cada vez mais destas suposições originais e do espírito da época em que foram criadas. A influência filogenética na psicopatologia como ideia de base foi progressivamente perdida. Durante muito tempo, a maioria das escolas psicoterapêuticas desenvolveu teorias complexas da psicopatologia sem se preocuparem com o facto de os humanos serem “animais evoluídos em corpos físicos” (pp. 11), ignorando os aspectos relativos à evolução do comportamento social e sua relação com a psicopatologia (Gilbert, 1989). Ou seja, era frequentemente ignorado o facto de alguns comportamentos sociais representarem a expressão de soluções evolutivas, com mediadores e correlatos neurofisiológicos. A citação de Berman (1986) “se a filosofia do dualismo levou a medicina a perder a cabeça, muita psicoterapia perdeu o seu corpo” (pp. 11), exprime bem a tensão e o paradoxo entre corpo e mente, experiência objetiva e subjetiva, e muitos dos que tentaram estabelecer a ligação acabaram por dissolvê-la com modelos que se excluíam mutuamente. Com o surgir da psicoterapia cognitiva (Beck & Emery, 1985), a questão original das estruturas evolutivas da mente voltou a ser analisada, ou seja, procuraram estudar o papel dos mecanismos biológicos e das várias predisposições para os distúrbios psicológicos (Gilbert, 1989, 1998a, 2002b, 2006c). É neste sentido que Gilbert (1989) refere que, do ponto de vista histórico, existem duas preocupações centrais: os seres humanos encontram-se no final da longa estrada filogenética sofrendo alterações estruturais claramente relacionadas com o processo evolutivo; os comportamentos adaptativos, originados desse processo evolutivo, são em grande parte co-ordenados e controlados pelos processos biológicos desenhados para executar certas funções.

1.1. Evolução e Mente Humana

Tradicionalmente, as causas das perturbações psiquiátricas e dos sintomas psicopatológicos são conceptualizados em termos de disfunções desenvolvimentais durante o desenvolvimento fetal, acontecimentos adversos na infância e na adolescência e ao nível neurobiológico, isto é, mau funcionamento de determinados circuitos neuronais, défices nos neurotransmissores ou vulnerabilidades genéticas. Por exemplo, a depressão pode ser o resultado de acontecimentos adversos na infância, como a separação das figuras de vinculação, ou da existência de alterações na serotonina. Não existem dúvidas de que a investigação nos últimos anos sobre as origens comportamentais e neurobiológicas das disfunções psicológicas tem aumentado o conhecimento da psicopatologia. Contudo, numa perspetiva biológica mais

lata, isto corresponde apenas a metade da história. A psiquiatria assume que o simples conhecimento das condições desenvolvimentais precoces ou da função neuroquímica ou molecular do cérebro é o suficiente para compreender a patologia dos sistemas cognitivos, emocionais e comportamentais. A compreensão do comportamento pressupõe a avaliação de duas dimensões complementares, os mecanismos proximais (ontogenia e fisiologia) e as causas distais (filogenia e funções adaptativas). Para o modelo evolucionário, os sintomas psicopatológicos são entendidos como variações extremas disfuncionais de traços adaptativos. Por exemplo, o medo é um traço antigo adaptativo que sinaliza a ameaça e que ajuda a lidar com os perigos ambientais (e.g., evitamento). A ansiedade patológica é considerada uma reação disfuncional perante estímulos que, na realidade, não são ameaçadores, mas que causam sofrimento emocional e invalidação significativa. Portanto, se queremos compreender as disfunções de sistemas complexos, é imperativo que conheçamos as suas funções a todos os níveis.

Nesse sentido, a abordagem evolucionária oferece um contributo significativo. A psicologia evolucionária utiliza o conceito de pressão seletiva para gerar hipóteses acerca das características estruturais da mente humana (Barkow, Cosmides, & Tooby, 1992; Buss, 2005).

A teoria da evolução, através da seleção natural, é um mecanismo causal que procura explicar as mudanças ao longo do tempo na estrutura orgânica dos seres vivos (Darwin, 1859 citado por Buss, 2004). Apresenta determinados pressupostos (variação, hereditariedade e seleção) e características: a) os animais agrupam-se em espécies de acordo com a sua anatomia, fisiologia e comportamento (os humanos pertencem à espécie *homo sapiens*); b) a variação é a matéria-prima essencial para que o processo evolutivo ocorra. Os indivíduos de cada espécie diferem nas suas características; c) muitos dos traços físicos e comportamentais são expressões de informação contidas no genoma; d) na reprodução sexual, a descendência não é idêntica aos progenitores (os genes apresentam uma nova combinação); e) os recursos requeridos para a sobrevivência e reprodução são limitados. A competição é inevitável; f) algumas variações conferem vantagens ao organismo que as possui (acesso aos recursos); g) as variações que se transmitem à descendência são preservadas e aumentam a sua frequência na população; h) só as variações transmitidas geneticamente podem ser selecionadas; i) os indivíduos tornam-se mais adaptados ao meio e ao seu modo de vida – maximização da *fitness* reprodutiva (sentido biológico de ser capaz de deixar descendência).

Assim, uma nova característica que surge e se fixa na estrutura genética de um membro da espécie, através de uma mutação, e que o torna mais responsivo e eficaz no meio ambiente aumenta a sua sobrevivência e a passagem da sua nova configuração genética à descendência. Se uma espécie sobreviver até à idade madura sem ter, porém, assegurado a sua descendência, a consequência é que todos os genes que sustentam a evolução da referida espécie morrem com o espécime. Mas mesmo nesta situação, as características do indivíduo podem ser selecionadas, ou seja, se este ajudar um familiar a sobreviver e a reproduzir-se,

tendo em linha de conta que ele possui genes em comum, então esses genes passam para as gerações vindouras (aptidão inclusa) (Buss, 1999; Hamilton, 1964). Com efeito, a seleção natural gerou um número considerável de mecanismos específicos desenhados para resolver problemas adaptativos congruentes (e.g., as glândulas sudoríparas existem porque aumentaram a sobrevivência da espécie que as possuía pela reprodução; no entanto, a função é apenas diminuir a temperatura corporal). Nesse sentido, de acordo com alguns autores (Tooby & Cosmides, 1992), os seres humanos são apenas “executantes da adaptação” e não “lutadores da sobrevivência”.

À luz da psicologia evolucionária, muitos dos nossos mecanismos mentais básicos são o resultado de pressões distais, ou seja, pressões seletivas que operaram no passado e durante um longo período. Todos nós temos capacidades potenciais que colocamos em prática porque, em situações passadas, resolveram problemas e apoiaram a aptidão reprodutiva. Por exemplo, sem uma adequada ligação afetiva e sem cuidados básicos, a criança sucumbe. É por essa razão que os humanos têm a capacidade inata de se orientarem para a criação de vínculos precoces, respondendo congruentemente perante a sua presença ou ausência. Significa que os humanos não são *tabulae rasae*, vêm ao mundo preparados e munidos de mecanismos mentais essenciais para aprender a viver como humanos (e.g., aprender uma língua, corresponder ao afeto e amor da mãe, participar em atividades de grupo).

A comunidade científica que se mostra menos entusiasmada com a psicologia evolucionária foca-se mais nos processos de aprendizagem, isto é, nos fatores adjacentes (fatores que operam durante a vida de um indivíduo) que incluem os fatores sociais e culturais da psicologia humana, mais do que os inatos. Todavia, é universalmente aceite que é a interação entre as disposições evolutivas, a aprendizagem e o contexto social que cria a complexidade da mente humana. Esta interação complexa, por consequência, contribui para a origem de muitas formas de psicopatologia conhecidas (Gilbert, 1995; McGuire & Troisi, 1998; Nesse, 1999). Os fenótipos são as características da forma (genótipo e capacidades potenciais) e são expressos em função da forma como foram moldados pela experiência (Barrett, Dunbar, & Licett, 2002). A título ilustrativo, todos possuímos um genótipo que nos permite aprender a linguagem fonética, mas o que aprendemos, e se aprendemos, assim como a forma como usamos a linguagem depende da experiência. Estudos recentes demonstraram que diferentes ambientes podem, na verdade, “ligar” e “desligar” os genes. Por outro lado, diferentes genes sustentam também o desenvolvimento e o funcionamento de diferentes estratégias e competências específicas, necessárias para a adaptação a diferentes nichos e ambientes.

Sintetizando, todos estes dados corroboram a ideia que os nossos mecanismos psicológicos são programas desenvolvidos pela evolução. Determinados avanços científicos contribuíram para a sua emergência e crescimento:

- i) a revolução cognitiva forneceu uma linguagem precisa para descrever os mecanis-

mos mentais como programas processadores de informação. A função evolutiva e desenvolvida pelo cérebro é computacional, isto é, usar a informação para adaptativamente regular o comportamento e o corpo. O cérebro foi designado para ser um computador pela seleção natural. O comportamento individual é gerado por este computador, que se desenvolveu em resposta ao meio interno e externo. Para se compreender o comportamento de um indivíduo é necessário conhecer não só a informação que a pessoa regista/grava, como a estrutura de programas desenvolvidos que geram o seu comportamento;

ii) os avanços na paleoantropologia, os estudos sobre os caçadores-recolectores e a primatologia forneceram os dados acerca dos problemas adaptativos com os quais os nossos ancestrais tiveram que lidar, dos seus mecanismos de *coping* para a sobrevivência, a reprodução e o contexto social de ocorrência. Os psicólogos evolucionários ressaltam a importância da vida de caçador-recolector na explicação da mente e do comportamento humano, porque a evolução é um processo lento e moroso, no sentido em que a construção de um programa de qualquer complexidade demora milhares de anos e gerações (a revolução industrial ou a revolução agrícola, constituem períodos demasiado breves para selecionar programas cognitivos novos e complexos);

iii) a investigação no comportamento animal, linguístico e a emergência das neurociências demonstrou que a mente não é um espaço vazio que, passivamente, grava o mundo. Os organismos vêm equipados com conhecimentos acerca do mundo, que lhes permitem aprender mais facilmente certas relações em detrimento de outras (aprendem com mais esforço);

iv) a mente refere-se ao sistema de processamento da informação contido no tecido neuronal, que é responsável por toda a atividade mental, consciente e não consciente, que gera o comportamento e regula o corpo. Os programas que compreendem a mente humana foram desenhados pela seleção natural para resolver os problemas adaptativos que surgiam no ambiente primitivo de adaptação evolucionária: procurar parceiro, caçar, cooperar com outros, proteger as crianças, evitar predadores, evitar explorações (Tooby & Cosmides, 2005). A mente não é como uma câmara de vídeo que grava passivamente o mundo. Programas com domínios específicos organizam a nossa experiência, criam as nossas inferências, injetam conceitos e motivações, dão-nos as estruturas de significado transculturais que nos permitem entender as ações dos outros. Exercem um papel importante no processo de desenvolvimento e moldagem da cultura (Buss, 2004; Damásio, 2010; Tooby & Cosmides, 2005).

1.2. Evolução e Psicopatologia

Nos últimos anos, tem-se assistido ao desenvolvimento crescente de conceitos evolucionários aplicados à psicopatologia (Gilbert, 1989, 1995, 1998a, 1998b; McGuire & Troisi, 1998; Nesse, 1999) e à psicoterapia (Cozolino, 2002; Gilbert, 2000c, 2005d; Liotti, 1993).

Contudo, alguns desses conceitos não são consensuais, existindo alguns paradoxos e, aparentemente, efeitos não adaptativos (Gilbert, 1998a). Passamos a enumerar alguns destes paradoxos:

Em primeiro lugar, muito embora a passagem de genes de geração em geração constitua a chave da evolução, os animais não estão diretamente motivados para o desenvolvimento dos seus genes em sucessivas gerações. Este facto explica em parte porque é que o sucesso na transmissão de genes constitui um resultado que nenhum animal poderia calcular nem antever. Desta forma, os animais estão motivados apenas para se envolverem em comportamentos que consigam monitorizar (e.g., a aquisição de certos tipos de recursos, formação de alianças, a procura de parceiros sexuais e a reprodução).

Segundo, devido à nossa capacidade humana de planejar e de meta-representar os nossos comportamentos, metas e objetivos, podemos construir crenças sobre o que nos torna felizes ou infelizes. Portanto, os seres humanos possuem uma marcada flexibilidade potencial na forma como agem em função de diferentes disposições motivacionais. Por exemplo, podem desejar o sexo, recorrendo à contraceção, optar por ganhar dinheiro e adquirir estatuto, pondo de lado o desejo de ter filhos, ou na busca pela iluminação espiritual tornarem-se celibatários. Apesar de existirem competências de desenvolvimento relativamente novas, é importante realçar que são as motivações e competências, em épocas anteriores, relacionados com a aptidão inclusa, que hoje sustentam a psicologia (Buss, 1999).

Em terceiro lugar, existem mecanismos fundamentais de organização cerebral responsáveis por guiar os animais para determinadas metas e objetivos biossociais e estratégias evoluídas, tais como reconhecer e procurar parceiros ou fugir de ameaças (Buss, 1999; Gilbert, 1989; McGuire & Troisi, 1998). Essas estratégias podem ser específicas de uma determinada espécie (e.g., as estratégias de respiração das tartarugas diferem das dos seres humanos); podem estar relacionadas com a idade e a maturidade (e.g., o comportamento sexual surge com a puberdade); podem estar associadas ao género (e.g., os homens tendem a arriscar mais e a ter estratégias sexuais diferentes das da mulher); podem estar associadas ao papel (e.g., a forma como as pais interagem com as crianças é diferente da forma como interagem com os parceiros sexuais, ou a maneira como os subordinados se defendem de uma determinada ameaça é diferente da dos dominantes); e podem ainda estar relacionadas com o contexto (e.g., os homens tendem a ser mais agressivos e menos agregativos quando os recursos são escassos e o ambiente é hostil e/ou competitivo) (Cohen, 2001). Posto isto, é importante investigar e debater o processo de como as estratégias são modificadas pela maturação e aprendizagem e a forma como variam em termos de expressão fenotípica (Barrett et al., 2002; Buss, 1999; MacGuire & Troisi, 1998).

Quarto, as disposições e estratégias evoluíram unicamente para cumprir os objetivos de melhoria da aptidão inclusa, mas não necessariamente para promover a felicidade ou o que

poderíamos considerar de saúde mental (Buss, 2000). Por exemplo, os mecanismos a partir dos quais as perturbações psicopatológicas emergem, tais como a ansiedade, depressão e paranoia, poderão ser adaptações evolutivas. A ansiedade está relacionada com diferentes formas de defesa face à ameaça (Marks, 1987); a depressão com a diminuição no afeto positivo e a reduzida exploração, útil para lidar com contextos de perda e de derrota (Beck, 1996; 1999a; Gilbert, 1992a, 2004b); a paranoia está muitas vezes associada às ameaças de outros do mesmo grupo ou espécie (Gilbert, 2001a). Os animais que perderam o mecanismo para avaliar e regular o seu comportamento de acordo com o contexto estariam numa séria desvantagem. No entanto, isso significa que esses mecanismos de controlo do afeto e do humor trabalham sincronicamente e de forma adaptada em todos os contextos. Os terapeutas cognitivos sugerem que os esquemas e as crenças nucleares interagem com estes mecanismos (Beck, 1999a).

Quinto, nem sempre os produtos da evolução são necessariamente bons produtos. Podemos pensar na cauda do pavão que é maravilhosa para atrair a fêmea, mas uma desvantagem quando se trata de fugir dos predadores (Gilbert, 1998a; Nesse & Williams, 1995). Ou podemos ainda pensar no cérebro humano, que sendo a razão da inteligência, nasce com a necessidade de longos períodos de vinculação e cuidado para se desenvolver. Somos completamente indefesos à nascença. Este facto expõe-nos ao risco de *stress* relacionado com os potenciais danos à maturação cerebral, como consequência de experiências de abuso pelos cuidadores (Schore, 2001, 2004) ou por modelos de vinculação disfuncionais e mal organizados. Outra razão que justifica porque os produtos da evolução nem sempre são benéficos prende-se com o facto de a evolução adaptar e mudar as estruturas pré-existentes, o que significa que não se pode voltar atrás e começar de novo. Os nossos cérebros não surgiram do nada, antes são o resultado de milhões de anos de evolução. Tudo está refletido na sua arquitetura, com um menu básico de emoções (e.g., medo, raiva, desgosto e alegria) e vários sistemas de lidar com o *stress*, o que cria muitas vezes dificuldades e desvantagens (Greenberg, 1993; Panksepp, 1998). O nosso sistema de *stress* foi desenhado para lidar apenas com níveis de *stress* de curta duração. Vários estudos recentes mostraram que a hormona do *stress*, o cortisol, se mostra útil para lidar com comportamentos de defesa de curto prazo, mas se usada durante tempo prolongado, pode danificar o sistema imunitário e o cérebro (Sapolsky, 1996, 2000).

Sexto, as novas adaptações evoluídas podem conflitar com as antigas e causar problemas. Um exemplo disso é a capacidade de imaginação e metacognição que proporcionou aos seres humanos um avanço considerável sobre os outros primatas. Tornou possível o planeamento e a formação de modelos internos de mundos reais e imaginários e deu origem à cultura e à ciência. Contudo, estas capacidades emergentes podem também ter dado uma importante contribuição para as patologias mais graves. O processo de ruminação evidencia

como podemos manter *feedbacks* desajustados entre o sistema límbico e os sistemas de processamento cognitivo. A nossa imaginação tanto pode dar origem a maravilhosas expressões de arte, como às torturas mais negras e hediondas. Os nossos pensamentos de mais alto nível e a nossa imaginação exercem um papel preponderante no sistema primitivo de regulação de afeto, evoluído muito antes das capacidades cerebrais superiores.

Sétimo, muitas das adaptações da espécie humana evoluíram para se ajustarem aos contextos sociais e ecológicos que existiam há milhares de anos atrás, onde existiam elevadas taxas de natalidade e mortalidade infantis; os grupos eram pequenos e coesos, isolados, eventualmente hostis entre si, onde uma pessoa interagia com poucas pessoas (talvez entre 100 a 150) ao longo da sua vida e onde a vida era principalmente de caça-recoleção. Portanto, muitas das formas típicas de esquematizar as relações (e.g., parente, amigo, inimigo) tendem a refletir formas de organizar a informação social ajustadas a esses estilos de vida.

Em síntese, de acordo com a perspetiva evolucionária, os organismos estão preparados com mecanismos que asseguram determinadas motivações básicas: de alimentação, reprodução sexual, deteção de ameaças e perigos, estabelecimento de alianças e parcerias. A evolução não deriva necessariamente da existência de um bom projeto, mas sim de compromissos, isto é, uma vez executado o projeto biológico, podem ocorrer “falhas” (constrangimentos) consideráveis nesse mesmo projeto que, por vezes, não são resolvidas pela seleção natural. Um exemplo disto é o tamanho do cérebro dos recém-nascidos que gera dificuldades no nascimento pela dimensão do canal de nascimento, tendo provocado a morte de muitas mulheres durante o parto (Gilbert, 1998). Cada “avanço”, em termos evolutivos, representa não o desenvolvimento de novas estruturas fisiológicas capazes de responder a esse “avanço”, mas reestruturações das estruturas pré-existentes, o que faz com que o cérebro humano seja um “órgão remendado” com múltiplos sistemas de equilíbrio e de inibição, que procuram controlar as componentes funcionais desenvolvidas anteriormente (Gilbert, 1998b, 1998c). Pela natureza social e relacional da mente humana percebe-se que somos uma espécie extremamente sensível aos relacionamentos sociais, quer aos positivos (e.g., amor, sexo, divertimento), quer aos negativos. Estes últimos, constituindo ameaças sociais às quais os seres humanos são vulneráveis, assumem a forma de abandono/separação (Bowlby, 1979), desaprovação social ou vergonha (Gilbert, 1998f; Gilbert et al., 2004), ostracismo e rejeição (Williams, Cheung, & Choi, 2000), subordinação e controlo por outros mais poderosos (Sloman & Gilbert, 2000).

Deste modo, o homem mostra-se particularmente dependente de sinais de aprovação, aceitação e afeto por parte dos outros. Os relacionamentos podem assumir muitas formas, no entanto, parecem ser evolucionariamente estáveis numa variedade de domínios (Gardner, 1998). Como já referido, as bases psicobiológicas destes estados de relação desenvolveram-se ao longo de milhões de anos, fornecendo os mecanismos que ajudam os seres vivos a evitar

certas consequências e a alcançar outras. A comprovar isto, vários estudos revelaram que os indicadores biológicos 5-hidroxitriptamina (5-HT) alta e as hormonas de *stress* baixas estão associados com o ser amado, desejado e aceite pelos outros; por outro lado, valores baixos de 5-HT e altos de hormonas de *stress* estão associadas com o conflito, com o ser rejeitado, mal-amado e excluído. Por isso, não é possível, de facto, modificar facilmente as nossas sensibilidades às ameaças sociais ancestrais (e.g., ser enganado por amigos ou parceiros sexuais, perder estatuto social, ser ostracizado) (Gilbert & Bailey, 2000). Em suma, os nossos mecanismos mentais evoluíram para responder a certos tipos de *input* social, fundamentais ao seu amadurecimento e funcionamento eficaz (McGuire & Troisi, 1998). Exemplificando, se não ouvirmos uma língua, não podemos aprender a falar, sem cuidado na infância morremos, se somos abusados em crianças, em vez de amados, sofremos graves disfunções na maturação cerebral (Schoore, 2001). Os esquemas pessoais do *eu* e do outro não podem, por um lado, ser descontextualizados das disposições e estratégias psicobiológicas evoluídas e, por outro, das formas culturais e histórias pessoais (Gilbert, 1995a; Ridley, 2000). Fica, então, claro que para compreendermos o comportamento humano, temos de compreender o cérebro e a mente humana.

2. O Cérebro e a Evolução

O cérebro humano é, provavelmente, na história da evolução, o órgão que evoluiu de forma mais complexa. A origem do Sistema Nervoso Central situa-se no mar, há cerca de 400 milhões de anos, num peixe e o seu desenho, tal como se observa ao longo da superfície dorsal do corpo humano, manteve-se imutável, caracterizando todas as formas de vida com sistema nervoso. A transição do mar para terra deu-se com o aparecimento dos répteis há 250 milhões de anos, representando um antecedente importante para compreender a evolução humana.

Segundo MacLean (1985), o cérebro humano divide-se em três componentes básicas (cf. Figura 1.1.): o cérebro reptiliano, o mais antigo; o cérebro paleomamífero, posterior; e o cérebro neomamífero, o mais recente.

A parte frontal do cérebro evoluiu e expandiu-se ao longo das três linhas de formação base que, anatómica e bioquimicamente, refletem caminhos ancestrais em comum com os répteis, mamíferos primitivos e mamíferos mais evoluídos. Assim, o cérebro reptiliano (também designado de gânglios basais ou sistema motor extrapiramidal) é fonte de um conjunto complexo de repertórios comportamentais que servem as estratégias reprodutivas dos répteis, essencialmente competitivas, exercendo também o controlo poderoso da atenção e ativação. Este cérebro primitivo tem como responsabilidade a regulação de funções básicas vitais. Os comportamentos associados são comportamentos instintivos que incluem comportamentos

sociais ritualizados relacionados com o acasalamento, a agressão intrasexual e a submissão, para além dos comportamentos relacionados com o consumo de comida, a caça, etc. As estruturas deste cérebro antigo são responsáveis ainda pela regulação da temperatura corporal, da pressão sanguínea, da respiração, do sono-vigília e de reflexos posturais. Em síntese, esta estrutura cerebral caracteriza-se pelo conhecimento comportamental inato, em que as ações são instintivas e básicas e os comportamentos estão ligados às necessidades primitivas de sobrevivência. O cérebro reptiliano ou primitivo é similar às estruturas dos répteis, tendo mudado muito pouco durante a evolução dos mamíferos. Evidências recentes têm sugerido que este cérebro primitivo é a fonte de muitas das patologias e atos destrutivos (MacLean, 1985), atos esses que os cérebros mais evoluídos, paleomamífero (conhecido como sistema límbico ou cérebro visceral) e o neomamífero (neocórtex cerebral), procuram inibir através de determinadas estratégias adequadas, neles codificadas.

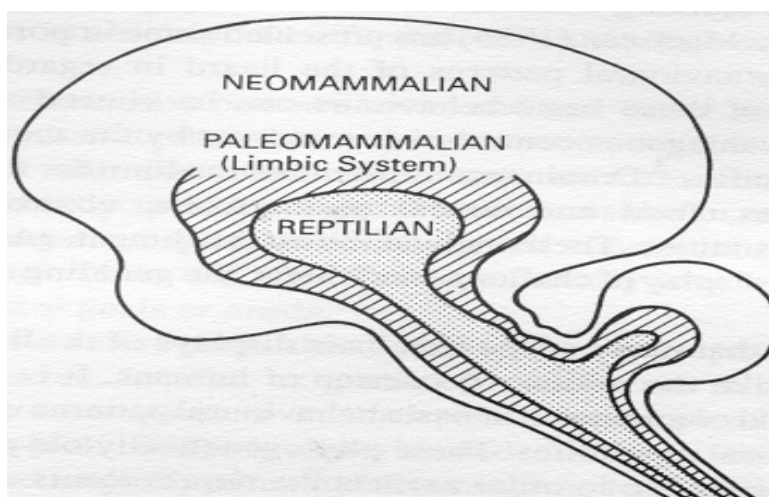


Figura 1.1. Componentes do cérebro humano (MacLean, 1985)

A nova forma de assegurar a transmissão dos genes através do nascimento nos mamíferos foi conseguida com o desenvolvimento do sistema límbico, que constitui o cérebro paleomamífero. A evolução deste sistema está intimamente relacionada com o desenvolvimento do cuidado parental e com outras emoções sociais. Em termos funcionais, este cérebro mais evoluído regula as emoções como o medo e a raiva, sendo responsável pelo comportamento de vinculação, ansiedade de separação e exploração do meio. A vinculação e o cuidado parental constituem o correlato nuclear do desenvolvimento das emoções sociais e do reconhecimento individual dos familiares próximos. Possui um complexo padrão de estruturas que facilita a obtenção (e.g., vocalização de socorro) e prestação de cuidados, constituído pelo

complexo padrão de emoções necessárias aos repertórios pró-sociais e de vinculação. Simultaneamente, esta componente do cérebro exerce algum controlo inibitório sobre o cérebro reptiliano, e ainda facilita o comportamento de jogo entre irmãos e limita a competitividade séria. No entanto, esta inibição não é perfeita e um exemplo disso é a rivalidade comum entre irmãos, especialmente pela atenção dos pais. Este cérebro pode ser encontrado nos mamíferos primitivos, contudo sofreu alterações substanciais durante a evolução dos primatas. Em síntese, esta estrutura cerebral é responsável pelo conhecimento afetivo, isto é, pelos sentimentos subjetivos e respostas emocionais aos acontecimentos de vida em interação com os sistemas motivacionais inatos (LeDoux, 1998; Panksepp, 1998).

A terceira componente mais desenvolvida é o cérebro neomamífero (neocórtex) responsável pela representação simbólica, planeamento, precaução e comunicação linguística, permitindo a capacidade de planear, de ter perspicácia para as necessidades do *eu* e dos outros. Representa, na realidade, um grande salto evolutivo (MacLean, 1985). Este cérebro mais evoluído apresenta-se de forma muito rudimentar noutros vertebrados e com uma enorme diversificação entre os mamíferos. O neocórtex pode ser influenciado pelas emoções e influenciá-las através de vários processos avaliativos, mas não constitui um substrato neuronal para a formação da experiência afetiva. Com efeito, o neocórtex pode ser marcadamente influenciado pelas emoções, procurando de uma forma racional compreender e influenciar esse mesmo padrão de emoções e sentimentos. Aparentemente, este cérebro não pode gerar emoções sem a atuação do cérebro subcortical antigo. Estudos em doentes com lesões e danos nestas áreas cerebrais provaram que não é possível precipitar sentimentos emocionais através da estimulação artificial do neocórtex, quer eletricamente, quer neuroquimicamente (Panksepp, 1998; Damásio, 2010). Portanto, este cérebro mais recente permite uma maior flexibilidade comportamental, pela integração de *inputs* sensoriais multimodais em novas conceções da experiência e do mundo. Uma das suas funções reside em libertar o organismo dos comportamentos instintivos rígidos vindos dos centros inferiores com a seleção de comportamentos alternativos, em integrar informação de vários domínios funcionais, planejar futuras ações e armazenar a informação. A organização hierárquica está patente na forma como os três cérebros se interligam (*Triune Brain*; Maclean, 1985, 1990 citado por Panksepp, 1998). Algumas das funções operam independentemente das funções superiores (e.g., a respiração é controlada pelo cérebro inferior), mas o contrário não é verdadeiro. O funcionamento do neocórtex depende em parte da conexão intacta com o cérebro médio e o hipotálamo. Em suma, este cérebro é o responsável pelo conhecimento declarativo, i.e., pela informação proposicional acerca dos acontecimentos proveniente, especialmente, dos sistemas sensoriais (e.g., visão, audição e tato). A Figura 1.2. representa a trajetória evolucionária, com destaque para as competências humanas evoluídas, fazendo a síntese da informação acima explicitada.

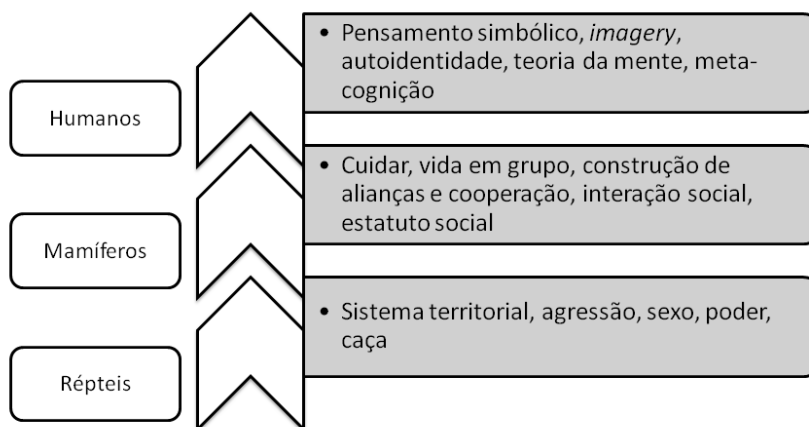


Figura 1.2. Evolução e a emergência de papéis sociais (Gilbert, 2007)

Contudo, Gilbert (1989) argumenta que a co-ordenação destes complexos repertórios e capacidades, estabelecida em diferentes pontos na evolução, não é simples e muito menos fácil. O poder dos centros superiores para inibir os centros inferiores é importante e fundamental. Todavia, várias combinações de padrões comportamentais decorrentes das adaptações evolucionárias antigas e tardias, são possíveis e até prováveis. Neste sentido, algumas perturbações psiquiátricas podem representar desadaptações amplificadas de alguns desses padrões comportamentais filogeneticamente antigos do tipo dominância. Por exemplo, a perturbação de ciúme mórbido pode ser vista dessa forma: os indivíduos têm dificuldade em permitir que os seus parceiros saiam ou passem, controlando e monitorizando permanentemente o comportamento do outro. Esta atenção focada no parceiro (e.g., procurando evidências de traição, verificando os seus movimentos e contactos) é dirigida por esses mecanismos ligados ao sistema reptiliano primitivo. Outra propensão psicobiológica que advém do processo evolucionário é o “poder” e controlo sobre os outros para obtenção de vantagens sociais (Gilbert, 1989).

Face ao exposto, constata-se que a mente humana é composta por dois sistemas ou modos de funcionamento que traduzem os efeitos individuais e sociais da evolução: o modo agónico e o modo hedónico. Os referidos modos não são mais do que expressões específicas de dois sistemas mais amplos: o sistema de defesa e o sistema de segurança (Gilbert, 1989, 1992b).

3. Sistema de defesa

O sistema de defesa caracteriza-se pela preocupação com o evitamento de todo o tipo de ameaças, ferimentos ou ataques e representa o sistema de autoproteção com componentes atencionais, avaliativos, afetivos e comportamentais desenhado para a proteção do animal. Este sistema subdivide-se em não-social e social. O sistema defensivo social, por sua vez, pode ser subdividido em sistema territorial e modo agónico (Gilbert, 1989).

Sistema de defesa não social

O sistema defensivo não social evoluiu com a função de permitir e facilitar a defesa dos predadores. É um sistema de escape primitivo composto por um dispositivo antipredatório que inclui: 1) hipersensibilidade à informação sensorial; 2) rápida aceleração da ativação – susto, alerta; e 3) rápida e imprevisível descarga de ativação e movimento (e.g., voo rápido, saltar, agressão automática, catalepsia, congelar). Uma vez ativado tende a ser controlado internamente ficando, assim, menos dependente da informação sensorial. Este sistema está presente nas fobias a animais e não sociais. Constitui um sistema também relevante na explicação da perturbação de pânico (Gilbert, 1989).

Sistema de defesa social territorial

Quando os animais se unem para procriar assumem um padrão típico de organização social: a forma territorial e a vida em grupo. As formas de organização social territorial (e.g., nos pássaros e répteis) caracterizam-se pela obtenção e guarda da casa ou “ninho”, com parceiros potenciais a serem atraídos para a “casa” através de comportamentos específicos demonstrados pelo dominante do território (e.g., mostrar a plumagem) (Gilbert, 1989). Estes comportamentos são designados de rituais comportamentais agonísticos (Price, 1988; Price & Sloman, 1987) e as hierarquias dominantes são formadas com base nos territórios seguros e no grau em que estes comportamentos são desempenhados. Dito de outra forma, o aspeto central neste sistema é a obtenção de um território para procriar. As hierarquias de dominância são estabelecidas em função dos comportamentos de exibição sexual e capacidade de guardar o território. Neste sistema as crias dispersam rapidamente a seguir ao nascimento, os progenitores podem ser percecionados como ameaça e muito poucos chegam à idade adulta reprodutiva.

O modo agónico

Este modo de funcionamento social opõe-se ao anterior, envolvendo a vida em grupo e a inibição do ritual comportamental agonístico, assim como da descarga da ativação a ele associada (Chance, 1988). Isto permite a vida social ao invés da organização territorial, claramente dispersiva. Este sistema revela-se de importância crucial nos primatas. Os indivíduos subordinados não vivem em territórios isolados, mas sim organizados à volta de um foco social central, habitualmente, à volta de um macho dominante ou par de machos. O modo defensivo agónico permite um balanço entre a inibição e a agressão, o que leva à coesão grupal. A ansiedade social evoluiu como parte integrante deste modo. Em situações novas atua como um sistema de alerta cujas funções consistem na discriminação da probabilidade e grau de ameaça do outro, na estimulação da comparação social e na preparação da opção de resposta (como a submissão). Para que esta organização grupal tenha evoluído, emergiram

dois comportamentos defensivos específicos: o comportamento de submissão defensiva e a resposta de “escape revertido” (Gilbert, 1989; Sloman, 2000). De facto, a submissão é oposta à fuga, permitindo ao animal de baixo estatuto permanecer no grupo, sem ser repellido, ferido ou até morto pelo animal dominante. Para isso, o animal subordinado deverá ser capaz de enviar sinais de submissão inibitórios do potencial ataque dos animais dominantes. Apesar da resposta submissa não ser adequada perante um predador (e.g., a fuga será a resposta mais indicada), a sua importância no grupo é significativa e vital, porque facilita a vida social das espécies em estreita proximidade e contiguidade. Representa uma variação da organização territorial (Gilbert, 1989). Quando a postura submissa é aceite pelo animal dominante, a ativação em ambos os indivíduos, dominante e subordinado, diminui, pois este abdica do “estado defensivo”, controlando a interação com o dominante através da manifestação de comportamentos específicos inibitórios da ameaça ou agressão do dominante (e.g., evitar o olhar, recuar, pedir desculpa), numa atitude de apaziguamento. Contudo, se o comportamento submisso é adotado por perda de estatuto e derrota social (a submissão é percebida como sinal de inferioridade), então o “estado defensivo” ativa-se. Nestas circunstâncias, o comportamento submisso gera afeto negativo, que associado à dificuldade de escapar da situação, e se prolongado ao longo do tempo, pode desencadear a resposta depressiva (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1989). Por sua vez, a resposta de “escape revertido” (outra forma de evitamento) é adotada pelo indivíduo subordinado quando a ameaça surge também dentro do grupo proveniente dos animais dominantes (Chance, 1988). Ao contrário da fuga dos predadores, a fuga dos animais dominantes não implica só fugir, na medida em que para continuar a fazer parte do grupo, o subordinado deve regressar ao grupo, ou então permanecer próximo, ou ainda aproximar-se da fonte de ameaça. Esta última possibilidade no comportamento de escape revertido revela-se o aspeto mais importante desta organização social, pois para lhe ser permitido permanecer no grupo, o subordinado deve mostrar sinais de apaziguamento capazes de controlar e regular a descarga de ativação, sentida quer pelo animal dominante quer pelo subordinado (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1989; Sloman, 2000; Sloman, Atikson, Milligan, & Liotti, 2002). Por fim, neste sistema o grau de ameaça é contrabalançado pelo grau de segurança e tranquilidade. A função deste sistema é a deteção de estímulos externos que sinalizem a inexistência de ameaça. A sua ativação inibe a emissão de respostas defensivas e ativa respostas de rotina inatas (e.g., exploração, jogo, partilha, procura de objetivos). Ao nível individual envolve o reconhecimento e deteção de pistas não sociais, funcionando através do reforço social positivo.

Sistema social hedónico

O sistema hedónico ligado à vinculação apresenta como funções principais a redução da ativação aversiva no sistema defensivo e a proteção dos predadores. A segurança obtém-se

pelas interações de prestação de cuidados entre os progenitores e os filhos. Este sistema relaciona-se basicamente com a segurança e o controlo. Caracteriza-se pela emissão de sinais de não ameaça entre os membros da mesma espécie. Sendo assim, os sinais de tranquilização são frequentes: laços afetivos pais-criança, cooperação e alianças, apertar as mãos, cumprimentar, abraçar, amizade e empatia. Este sistema contribui para a coesão do grupo social, e permite a focagem da atenção para a exploração do meio ambiente (menos focado na defesa contra a ameaça social) (Gilbert, 2000c; Gilbert & Trower, 2001).

3.1. Sistema de ameaça-defesa e afeto negativo

A decisão sobre o que é seguro ou ameaçador é fundamental para a sobrevivência de qualquer animal, desde as bactérias aos peixes, desde os mamíferos ao homem. Esta assunção universal está implícita na história evolutiva do cérebro, pois não importa o quão inteligente se tornou o homem, a ameaça e segurança foram e são sempre a questão central (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauers, & Vohs, 2001). Nenhum comportamento pode ser compreendido sem se prestar a devida atenção a este processo (Gilbert, 2007a, 2007c). Ou seja, a forma como os animais decidem o que é seguro ou ameaçador constitui a base do desenho evolutivo de todos os seres vivos. A resposta mais adequada perante a ameaça de um predador será ficar ansioso e correr; se alguma pessoa nos tira algo, ou nos frustra ou nos trata injustamente, a melhor coisa a fazer será provavelmente sentir raiva e expressá-la com atitudes agressivas e de ameaça. Mas, se nos confrontarmos com alguém mais poderoso, a melhor resposta a ter será sentir ansiedade e manifestar comportamentos de submissão. Se alguém se depara com uma substância nociva, sentirmos nojo faz-nos recuar e manter afastados, o que será, nesta situação, a melhor opção. Se alguém ingerir uma substância nociva, então a resposta mais eficaz poderá ser o vômito (Gilbert, 2000c, 2005b).

Estes dados permitem-nos perceber que o cérebro humano é um órgão altamente sensível aos estímulos de ameaça. De facto, fracassar na ativação da resposta adequada perante um predador ou outro agressor poderá ter consequências nocivas e sérias, comparativamente ao falhar a resposta perante situações mais positivas (e.g., falta de comida ou oportunidades de acasalamento) (Baumeister et al., 2001). Com efeito, temos mais sistemas de processamento focados e especializados no lidar com ameaças do que sistemas de processamento mais positivos. A comprovar isso, na presença de situações ambíguas o cérebro processa primeiro os sinais de ameaça, emitindo os respetivos *outputs* defensivos e só depois analisa estímulos mais positivos, em que a regra chave deste sistema é “mais vale prevenir do que remediar”. Em termos neurofisiológicos, existem duas vias diferentes para detetar, codificar e responder à ameaça (LeDoux, 1998). Uma delas ocorre através da amígdala, constituindo o sistema de processamento rápido, extremamente sensível aos sinais sensoriais (e.g., se ao passear pelo campo virmos algo a mexer no caminho podemos automaticamente dar um salto para trás

com o pensamento imediato de que é uma cobra). Estes pensamentos automáticos que acompanham a resposta emocional defensiva são gerados pelo cérebro subcortical (sistema límbico), altamente sensível aos fenómenos de aprendizagem e condicionamento (LeDoux, 1998; Panksepp, 1998). O outro caminho de processamento da ameaça (especialmente importante para os humanos) é o caminho mais lento, via córtex, com a função de redução e reavaliação da ameaça (e.g., pensamos que está no chão uma cobra, mas ao reavaliarmos o estímulo, percebemos que é apenas uma corda velha) ou de amplificação da mesma através das crenças, ou pela criação de novas ameaças (e.g., as crenças sobrenaturais) (Gilbert, 2007c; Panksepp, 1998). A Figura 1.3. apresenta as duas vias relacionadas com o processamento da ameaça.

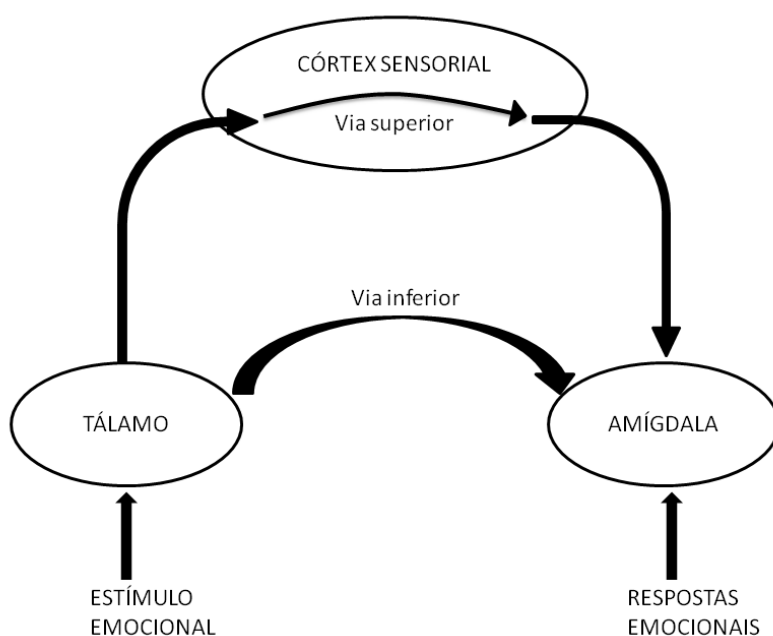


Figura 1.3. Processamento rápido e lento para a amígdala (LeDoux, 1998)

Em síntese, e como se pode observar (cf. Figura 1.3.), a informação proveniente dos estímulos externos atinge a amígdala por duas vias: uma via direta do tálamo (via inferior; do inglês, *low road*) e outra mais longa do tálamo para o córtex e deste para a amígdala (via superior; do inglês, *high road*). A trajetória direta tálamo-amígdala é mais curta e rápida e, por ignorar o córtex, não tem os benefícios do processamento cortical. Por causa disso, a amígdala apenas pode contar com a representação em bruto dos estímulos. Esta via extremamente útil permite ao organismo responder rapidamente face a estímulos potencialmente perigosos, antes mesmo de percebermos que tipo de estímulo se trata (avaliação cognitiva). Contudo, esta via para ser útil requer que a via cortical seja capaz de substituir a via direta. É também possível que a via direta seja responsável pelo desencadear das respostas emocionais que não

compreendemos, situação que nos pode acontecer algumas vezes, sendo um modo de funcionamento predominante em certas perturbações emocionais (LeDoux, 1996, 1998, 2000). LeDoux (1996) explica, sinteticamente e de forma integrada, o modelo anatómico do medo, na Figura 1.4.

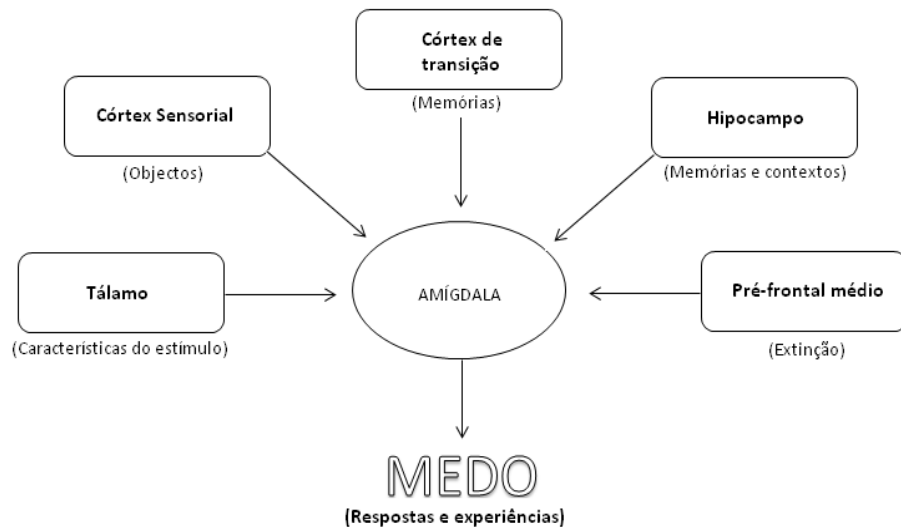


Figura 1.4. O circuito do medo: o papel da amígdala (LeDoux, 1996)

A amígdala recebe *inputs* a partir de uma vasta gama de níveis de processamento cognitivo. Os *inputs* que vêm da área sensorial do tálamo ativam as funções emocionais da amígdala com baixa estimulação, enquanto os *inputs* dos sistemas de processamento sensorio-cortical permitem que aspetos mais complexos do processamento de estímulos (e.g., objetos e acontecimentos) ativem a amígdala. Por sua vez, *inputs* do hipocampo exercem um papel importante na definição do contexto emocional. O hipocampo e as áreas relacionados do córtex (e.g., áreas corticais transicionais) estão envolvidos na formação e recuperação de memórias explícitas, em que estes *inputs* permitem a ativação de determinadas emoções através destas memórias. Por último, os *inputs* provenientes do córtex pré-frontal médio parecem contribuir para o processo de extinção clássica das respostas condicionadas de medo. A Figura 1.4. explicita a contribuição destas áreas para as reações de medo.

Desta forma, e no que concerne à ativação de *outputs* emocionais defensivos, determinadas emoções como a raiva, a ansiedade e o nojo, e alguns comportamentos, como a luta, a fuga, o expelir e a submissão, são fundamentais para a resposta a situações de ameaça e derivam da ativação da amígdala. Gilbert (2007c) sugere que a ansiedade (fugir, evitar), a raiva (atacar), e o nojo (expelir, evitar) fazem parte das estratégias de proteção do cérebro, sendo estas estratégias um padrão de deteção-resposta básico ou uma regra inata do tipo “se A, faz B; se C, faz D, etc.”. Estas estratégias são denominadas “deteção-ameaça” e “procu-

ra-proteção” e as emoções têm a função de fornecer formas de conhecimento inato acerca de certos sinais (Greenberg, 2002). Ainda relativamente a este assunto, Beck, Emery e Greenberg (1985), assim como Gilbert (1989), afirmaram que algumas estratégias protetoras aumentam automaticamente a atividade (ajudando-nos a fugir, correndo ou a lutar), enquanto outras geram uma desativação ou desmobilização também automática (fora do controlo da nossa consciência). Segundo Gilbert (1993, 1998a, 2001a), as estratégias protetoras de “detecção-ameaça” e “procura-proteção” podem ainda ser aplicadas nas situações sociais (e.g., o comportamento submisso não é útil para lidar com um leão ou com a ingestão de algo nocivo, sendo mais eficaz fugir ou vomitar, respetivamente; no entanto, o mesmo comportamento de submissão parece útil para lidar com outros dominantes inibindo a sua agressão), podendo ser ativas e passivas, sociais e não sociais, e rapidamente ativadas (Gilbert, 1993, 1998a, 2001a, 2007c). Posto isto, como podem estas estratégias, profundamente codificadas no nosso cérebro, ser ativadas e desativadas? Parecem existir estímulos inatos que ativam e desativam estas estratégias protetoras, mas a aprendizagem e a forma como pensamos ou atribuímos significado às situações pode também ativá-las ou desligá-las (Beck et al. 1985; Gilbert, 1984, 1992b, 2004b, 2007c). De facto, a ansiedade resulta da ativação de um padrão global de respostas do cérebro e do corpo (e.g., batimento cardíaco acelerado, o cortisol libertado das glândulas suprarrenais) e estas respostas estão também associadas a formas específicas de pensamento (Beck et al. 1985; Gilbert, 2000c, 2007c). A título ilustrativo, Gilbert (1992a, 1992c, 2007c) refere que a depressão é a perturbação cuja característica nuclear é a vivência de ameaça ligada ao afeto negativo. Uma série de estudos na literatura apoia esta leitura, evidenciando que na depressão há uma elevada sensibilidade da amígdala, aumento do cortisol, mudanças no sistema nervoso simpático e parassimpático (Numeroff, 1998), diminuição de serotonina. Estas mudanças no estado da mente e no cérebro explicam porque é que na depressão existe um número elevado de emoções relacionadas com a ameaça (e.g., ansiedade, raiva, irritabilidade, desprezo, tristeza, pavor). A ameaça foca a atenção para estímulos congruentes e ações defensivas (e.g., se estamos a fugir do leão, não necessitamos de observar o quão bonitas são as árvores que vemos à nossa volta). O estado de ameaça do cérebro direciona a atenção para *outputs* cognitivos de proteção, o que explica com clareza os problemas cognitivos da depressão, nomeadamente a falta de concentração, o pensamento dicotómico (não pode haver ambiguidades), a atenção na ameaça e no negativo, a rápida recordação de memórias negativas e a perda de capacidade para resolução de certo tipo de problemas (Gilbert, 1992a).

3.2. Defesa, procura de proteção e *safeness*

Existem três níveis nestes processos básicos de defesa, “procura-proteção”, que contrastam com a segurança e tranquilidade (*safeness*), que interessa distinguir (Gilbert, 1989,

1993, 2005b). Primeiro, a “procura-proteção” à qual pertencem os comportamentos defensivos, a luta, evitamento, imobilização, submissão e regresso à ‘base segura’ que são desencadeados por estímulos ou situações específicas. Estes comportamentos têm como função específica a proteção ou a limitação de dano, podendo ser automáticos e facilmente condicionados (Gilbert, 2005b; Rosen & Schulkin, 1998). A partir do momento em que o medo é aprendido, este não desaparece mais e, em vez disso, novos caminhos são formados (no córtex frontal) que se sobrepõem ou regulam os medos. Se esses novos caminhos são comprometidos por algum motivo, então os “velhos” medos, hábitos comportamentais e estados da mente regressam. As crenças de proteção relacionam-se com o terceiro nível da ameaça. As crenças (suposições) de proteção focam-se, na sua maioria, nas ameaças sociais e têm uma base na infância. Por exemplo, na experiência depressiva perante crenças do tipo “se eu trabalhar arduamente e alcançar sucesso, as pessoas interessam-se por mim e não me abandonam” ou “só se eu for submisso e colocar os outros em primeiro lugar é que as pessoas vão gostar de mim” ou “só se eu não expressar raiva é que não vou ser rejeitado pelos outros”, se o indivíduo verificar que as pessoas gostam dele irá atribuir isso aos seus comportamentos de segurança (submissão) e não ao seu valor pessoal. Estas estratégias de segurança podem operar num nível automático (defesas inatas para lidar com a perda de controlo, separação e ameaças sociais), num nível comportamental (evitamento) e num nível sócio-cognitivo relacionado com a autoapresentação e autoidentidade. Os deprimidos não conseguem criar um sentimento de segurança e de tranquilização (do inglês, *soothing*). Indivíduos que foram sujeitos a ambientes hostis, negligentes e abusivos na infância podem ter tido poucas experiências tranquilizadoras e afiliativas por parte dos outros, sendo que esses sentimentos podem assustá-los/ameaçá-los (Gilbert & Procter, 2006). Por isso, percebe-se que a transição do medo e comportamentos de segurança para o sentimento de segurança na exploração e envolvimento com o meio (*safeness*) vai depender, fundamentalmente, das referências parentais de tranquilização e socialização (Gilbert, 1989). É neste sentido, que Gilbert (1992a, 2004a, 2004b, 2005c, 2007c) considera fundamental olhar com pormenor para a experiência de segurança (*safeness*) (ou ausência dela) dado ser um aspeto central para a saúde psicológica e bem-estar *versus* psicopatologia e sofrimento.

3.3. *Safeness* e Afeto Positivo

O reconhecimento da importância do afeto positivo é inegável (Clark, 2000; Davidson, 2000; Watson et al., 1995). A depressão não é explicada apenas pela ativação de emoções negativas, mas também pela diminuição de emoções positivas. Algumas destas emoções positivas evoluíram para nos encorajar a procurar e a consumir coisas básicas à sobrevivência, reprodução e prosperidade (Panksepp, 1998). As emoções positivas tendem a focar-se na melhoria, a ampliar a atenção e ajudam a recuperar do *stress* e dos acontecimentos de vida

negativos. Possuem um impacto elevado nos processos cognitivos e sociais (Ashby, Rice, & Martin, 2006). Gilbert (1989) reconhece que as emoções positivas constroem e consolidam os relacionamentos e aumentam o comportamento de aproximação, pela via da sinalização e a segurança interpessoal. De facto, quando nos sentimos seguros, o nosso cérebro está organizado de forma diferente, com diferentes estratégias de focagem da atenção e formas de processamento da informação mais integrativas (Gilbert, 1993). Este ponto será desenvolvido com detalhe no Capítulo 2.

4. Contexto social e papéis sociais

A evolução foca-se no estudo das vantagens resultantes das táticas e estratégias usadas nas interações intra-espécies, sejam elas comportamentos de atração, de competição ou de cuidado (Buss, 1984, 2004). A adaptação social está na base de muitos mecanismos da mente humana. O sistema nervoso central é o principal órgão na execução de interações sociais eficazes, sendo através dele que a organização estrutural para a execução das ações sociais existe (Gilbert, 1989). A informação relativa à capacidade para interagir com os outros membros da mesma espécie, com vantagens, recorre a processos cerebrais evoluídos específicos no lidar com as contingências da interação, fundamentais para a sobrevivência. Desta forma, as construções mais significativas da realidade, capazes de elaborar padrões de resposta evoluídos (e.g., ansiedade, depressão), são as que possuem informação relativa às competências sociais do indivíduo. As autoavaliações, negativas ou positivas, podem assim ter pouco efeito no Sistema Nervoso Central (SNC), exceto se transmitirem informação acerca das competências e expectativas sociais (Gilbert, 1989). A autoavaliação é considerada um fenómeno estruturalmente social (Baumeister, 1982). Ou seja, se o processo evolutivo ocorre em contextos sociais, é provável que a formação da nossa autoidentidade dependa, naturalmente, da interação com os outros membros da nossa espécie. Para tal, é importante considerar a forma como o *eu* se relaciona com os outros, e a forma como os outros se relacionam com o *eu*. São estes estilos *eu-outros* e *outros-eu* que influenciam as experiências pessoais de cada ser humano (Birtchnell, 1993).

Com efeito, as autoavaliações esclarecem muitas formas de psicopatologia, especialmente aquelas que relacionadas com a informação social ou construções particulares de oportunidades sociais. Isto relaciona-se com a capacidade de obter resultados sociais positivos e vantajosos, como a obtenção de cuidados e estatuto (o que em termos evolutivos é relevante), e com a capacidade de, simultaneamente, evitar resultados sociais negativos, como o isolamento, a derrota, a humilhação ou o ataque. À medida que vamos evoluindo na escala filogenética, os objetivos biossociais de cuidado-suporte, estatuto-prestígio, entre outros, atingem níveis sucessivamente mais sofisticados. No entanto, por mais sofisticadas que estas estratégias se tornem, quando os objetivos são seriamente ameaçados ou comprometidos,

surtem várias alterações (e.g., SNC). É esta ligação entre o fisiológico e o social que caracteriza o conceito de objetivo biossocial (Gilbert, 1989). Muitos estados psicopatológicos são estados comunicativos acerca do espaço *eu-outros* (Gardner, 1998; Gilbert, 1989, 2000c; LeDoux, 1998). À exceção das fobias simples, a maioria dos quadros psicopatológicos implicam expectativas e crenças acerca da forma como os outros vão reagir ao *eu* (e.g., rejeitar, abandonar, ignorar ou amar e admirar). A capacidade para avaliar o comportamento e intenções dos outros (e.g., observando as suas emoções através das posturas corporais e faciais, e selecionando respostas específicas para as mesmas) é muito vantajosa. A capacidade para enganar os outros acerca das nossas intenções, para bloquear objetivos biossociais de poder-controlo ou para não emitir sinais de dependência em relação ao outro, é outro avanço evolutivo. A capacidade para nos enganarmos a nós próprios evoluiu ao ponto de impedir que certas intenções e motivações sejam conscientes (Gilbert, 1989, 1992b, 2004b). Assim, as estratégias sociais intra-espécie que pressupõem o poder de influenciar os outros, parecem ser as mais vantajosas, pelo controlo da atenção social. A capacidade de influenciar os outros, via comunicação, é central para a emergência das estratégias e papéis sociais, pois quando o meio social não responde aos esforços do indivíduo de captar a atenção, este é forçado a mudar de estratégia. Caso contrário, o indivíduo ficará com um sentimento de desamparo em relação aos outros. Mesmo as estratégias que acarretam sofrimento e medo (e.g., chorar para obter atenção ou cuidados), não parecem ser biologicamente disfuncionais representando, pelo contrário, um esforço para mobilizar ajuda e captar a atenção do outro (e.g., cuidado, proteção).

5. Evolução e Objetivos Biossociais

À luz da teoria Darwiniana, existem três tipos de seleção (Buss, 2004): (1) a seleção natural, relacionada com a evolução de características que beneficiam o animal na luta com o ambiente físico (e.g., clima, temperatura, predadores, procura de alimento); (2) a competição intra-sexual, relacionada com a evolução de características que beneficiam o animal na competição por parceiros (e.g., tamanho, força, agressividade); (3) a competição inter-sexual, relacionada com a evolução de características que tornem um animal atrativo para o sexo oposto como parceiro (e.g., cor, plumagem, físico). Estes três tipos de seleção podem, por vezes, entrar em conflito e um exemplo ilustrativo é quando a cor da plumagem que atrai o sexo oposto pode dificultar a camuflagem para enganar o predador (Gilbert, 1989; Sloman, 2000). Ainda assim, quanto maior a competência nestes domínios, maior o sucesso reprodutivo individual (Gilbert, 1989). No entanto, este não explica algumas dimensões do comportamento, nomeadamente o autossacrifício e o altruísmo. Vários estudos sobre a relação entre o altruísmo e o grau de parentesco mostraram que os indivíduos que partilharem genes semelhantes com os seus parentes terão mais vantagens genéticas (Buss, 2004). Esta vanta-

gem dá origem a muitas estratégias comportamentais sociais, como o cuidar das crianças, ajudar os parentes, procurar obter estatuto, partilhar, ser reciprocamente altruísta, cooperar. São estratégias, que há milhões de anos eram direcionadas para o grupo, e que hoje em dia são direcionadas para a família (Gilbert, 1989, 2000c, 2005c).

Mas, nem sempre é pacífica a interação entre estes dois tipos de sobrevivência (genética e social), podendo surgir conflitos gerando-se, assim, uma espécie de análise de custo *versus* benefício, em torno da sobrevivência. Todos os organismos vivos desenvolvem mecanismos que lhes permitem detetar precocemente os custos e benefícios de interagir com outros elementos da mesma espécie. Cosmides (1989) defende que os seres humanos possuem capacidades mentais especializadas para avaliar os custos e benefícios das relações sociais e elaborar respostas com base nessa avaliação. De facto, muitas perturbações emocionais podem ser bastantes racionais quando analisadas em termos de custo *versus* benefício (Gilbert, 1989). Assim, o comportamento social humano é explicado em parte por um conjunto de estratégias de sobrevivência genética, que funcionam com a regra de análise custo-benefício como método para avaliar a adequação de respostas comportamentais e afetivas (Gilbert, 2005c).

Para além disto, podem ainda existir conflitos na perseguição de diferentes objetivos biossociais, e entre as estratégias e táticas para alcançar o mesmo objetivo (Gilbert, 1989), sendo precisamente este processo que causa a maioria dos sintomas psicopatológicos. Segundo Gilbert (1989), existem quatro tipos de objetivos biossociais: procura de cuidados; fornecer cuidados; competição (busca de estatuto); e cooperação (Gilbert, 1989). Abordaremos os objetivos biossociais muito sinteticamente, dado que serão descritos com mais detalhe no Capítulo 2.

5.1. Competição

A competição é vista como um comportamento individualista que ocorre em três domínios da vida social: (1) competição por recursos naturais (e.g., comida, água); (2) competição intrasexual por parceiros; e (3) competição intersexual. O objetivo do indivíduo que está em competição direta com o outro é ganhar vantagens de sobrevivência, impedindo as possibilidades do outro atingir os recursos desejados. Trata-se de um domínio hostil que pode levar ao controlo do outro (Gilbert, 1989, 1993, 2000c).

5.2. Cooperação

A emergência dos comportamentos pró-sociais implicou a evolução de sinais sociais, como o sorriso, que indicam segurança, amizade e ausência de perigo. A nossa capacidade para o afeto tem origem na atividade do sistema límbico, sistema cerebral que controla as emoções e que está na base da evolução dos sinais sociais (Macleay, 1985). Mas estes sinais sociais são tanto inatos como socialmente determinados (Chance, 1986). Uma das funções

mais importantes do sistema límbico é permitir ao animal distinguir entre o que lhe agrada ou desagrade, sendo esta a capacidade que possibilitou a evolução dos sinais sociais. Ajuda o indivíduo a identificar as situações de perigo social, das quais se deve afastar ou lutar, e as situações de amizade, das quais se deve aproximar e cooperar (Gilbert, 1989, 1995c, 1998b, 1998c). No entanto, as capacidades necessárias ao funcionamento cooperativo dentro do grupo exigem treino e preparação de aprendizagem das práticas cooperativas típicas de cada espécie. Por exemplo, o comportamento de competitividade individualista (poder) teve de ser modificado pelas necessidades de ação cooperativa, como a caça em grupo.

Os humanos construíram sistemas e regras sociais complexas de justiça para facilitar a cooperação, ou seja, inibir a exploração dos que não têm poder pelos que têm. No entanto, qualquer sistema social que não permita os conflitos de interesse dificilmente tem sucesso, pois o processo conflitual competição (poder) *versus* cooperação tem sido visto como um dos maiores problemas da natureza humana ainda por resolver (Gilbert, 2009b, 2009d; Dalai Lama, 1995, 2001). A cooperação evoluiu, assim, como uma estratégia de exploração de recursos, dentro dum contexto social e ecológico, sendo um resultado adaptado da competitividade individualista.

5.3. Procura e Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados representa a segunda adaptação da competitividade individualista resultante da evolução. Tem igualmente origem no sistema límbico, que ao controlar as funções afetivas, incita a fêmea a cuidar atentamente das suas crias e promove o desenvolvimento de comportamentos lúdicos entre os animais (brincar). Esta estratégia sofreu alterações progressivas com o tempo, levando a uma mudança da quantidade para a qualidade dos descendentes. Ocorreu um salto qualitativo significativo e determinante com a evolução da relação mãe-filho, passando a descendência genética a ser reconhecida, por um lado, e a proteção e carinho a facilitar a sobrevivência, por outro lado.

Outra vantagem deste salto evolutivo prende-se com os períodos prolongados da dependência dos descendentes em relação à progenitora. Garantem alguma proteção dos predadores e proteção contra doenças e infeções através da amamentação, e proporcionam a exploração mais segura do meio e a interação com os pares (competências sociais).

6. Motivos e Afetos

Os sistemas motivacionais necessários à interação social resultaram da evolução de objetivos biossociais que, por sua vez, evoluíram como consequência da adaptação inclusa. Os objetivos biossociais são praticamente idênticos aos motivos primários (Gilbert, 1989). No que diz respeito às emoções, é importante distingui-las das motivações. As emoções estão ao serviço dos motivos (objetivos biossociais), energizando e predispondo os organismos para a

ação. As emoções podem associar-se aos motivos de forma idiossincrática (Tomkins, 1981 citado por Gilbert, 2005b), necessitando de uma base motivacional para serem ativadas. Por exemplo, as crianças expressam emoções na presença ou ausência dos cuidadores porque nasceram motivadas para comportamentos focados nos outros, solicitando carinho ou interagindo com eles. Acresce referir que a aprendizagem pode modificar a expressão das emoções de várias formas: através da inibição da expressão emocional, da experiência contextual e do reforço social. Contudo, as emoções básicas não são aprendidas, refletindo a herança genética das espécies e dos indivíduos. Isto significa que as emoções são sistemas de processamento especializados que fornecem conhecimento interno acerca da nossa relação com o exterior e que guiam as nossas ações motoricas (Greenberg, 1993). Por outro lado, os motivos e as emoções orientam-nos para objetivos valorizados e não são lógicos (e.g., apaixonar-se, gravidez desejada), e é por isso que não podemos aprender nada acerca das nossas emoções ou sobre o desenvolvimento de sistemas de processamento emocional integrados sem a mente do outro a interagir connosco (Gilbert, 2005; Greenberg, 1993; LeDoux, 1998).

7. Evolução dos papéis sociais

O comportamento social pressupõe a comunicação e receção de mensagens entre membros da mesma espécie, permitindo-lhes organizarem as suas relações interpessoais de acordo com um determinado papel (Gardner, 1988; Gilbert, 1989, 1992b, 1993, 1998b). Os papéis sociais representam estados comunicacionais que são compreendidos entre os indivíduos da mesma espécie e, como tal, são responsáveis por sinalizar as intenções e necessidades, guiar e coordenar o comportamento do animal de uma forma reconhecível pelos restantes da mesma espécie. Estes estados comunicacionais são anteriores à linguagem na evolução social humana, manifestando-se nos primatas e, por isso mesmo, dependem de manifestações visuais, auditivas e olfativas. Por exemplo, o papel social de *ranking* superior é um exemplo de um comportamento social tipo *alfa* existente nos animais com dominância hierárquica (Gardner, 1988). Este papel caracteriza-se por um padrão de atividade com os outros membros da mesma espécie que envolve a vigilância de intromissões dos subordinados, ou seja, postura ereta, comportamento de desafio, olhar fixo (não evitante) e aumento do comportamento de aproximação e controlo de vários recursos biológicos relevantes (e.g., comida, território, parceiros). Entre os dominantes e subordinados, existem diferenças nos neurotransmissores e neurohormonas, sendo que estes estados hormonais de base podem “preparar” os animais para expressarem certos papéis sociais (Gardner, 1988; Gilbert, 1989). O contexto parece ter um impacto importante na escolha dos papéis sociais, especialmente nos humanos, pois um indivíduo pode manifestar um comportamento dominante (alfa) numa situação e, num outro contexto, manifestar um comportamento recíproco e de cooperação.

8. Síntese

Os seres humanos são seres sociais emergentes que fazem parte do ciclo da vida e da evolução. A mente humana é o resultado desse mesmo processo. O cérebro humano contém uma série de sentimentos, emoções, fantasias e desejos, com uma história passada partilhada com os outros seres vivos. Muitos animais possuem também emoções de raiva, medo, ansiedade e de prazer que os orientam e guiam ao longo da sua vida. Contudo, a forma como as experienciam e o que as ativa é diferente da experiência humana. Vários estudos demonstraram que as áreas cerebrais de regulação das emoções nestes animais são, de alguma forma, similares às áreas do cérebro humano (De Waal, 1996; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 1989; Le Doux, 1996; Panskepp, 1998; Stein, 2007). Possuímos dois tipos de cérebro e dois tipos de mente que, em determinadas circunstâncias, conflituam. O cérebro/mente primitiva (mais antigo), que remonta a muitas dezenas de milhões de anos, opera através de sistemas de processamento rápidos ligados a emoções e desejos básicos e inatos. Os nossos sentimentos são automáticos, não existindo qualquer pensamento reflexivo ou consciente, cuja função se prende com a sinalização da ameaça e com a ativação de emoções que nos orientam para determinados objetivos biossociais (e.g., comida, sexo, alianças e competição). Pelo contrário, o nosso cérebro de há pelo menos 2 milhões de anos, designado como cérebro/mente novo e social, possui um processamento mais lento e reflexivo, capaz de representação simbólica, de metac consciência e intersubjetividade (Damásio, 1994, 2010; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Localizado neste cérebro, o córtex frontal é responsável pela nossa capacidade de empatizar e compreender os pensamentos e sentimentos dos outros, fazendo de nós, humanos, a espécie social que somos.

Em síntese, à luz da perspectiva evolucionária, os sinais de ameaça, independentemente da sua origem, ativam respostas defensivas: fuga, imobilização, agressão defensiva e comportamento de submissão. As similaridades entre estratégias específicas, em diferentes espécies, suporta a ideia que estas respostas defensivas foram favorecidas pela seleção natural e, por isso, estão inatamente disponíveis no cérebro dos vertebrados. O sistema de defesa é constituído pelos algoritmos inatos do processamento de informação relacionados com as respostas defensivas e pelas estruturas neuronais através, das quais estes algoritmos operam (Gilbert, 1989, 1993; LeDoux, 1996). Pelo contrário, toda a informação sensorial indicadora da ausência de perigo ou de proteção do perigo está relacionada com operações pertencentes ao sistema de segurança (*safeness*) (Gilbert, 1989, 1993). Os vertebrados, dotados de um córtex límbico bem desenvolvido, possuem outra estratégia inata ligada ao sistema de defesa como uma resposta possível ao perigo: procura ativa de proximidade protetora de um coespecífico. Esta estratégia é regulada pelo sistema de controlo comportamental inato, designado “sistema de vinculação” por Bowlby (1969; 1982) e considerado por Gilbert (1989) parte do sistema de defesa.

Finalmente, a evolução do neocórtex dotou os seres humanos de uma outra estratégia para lidar com o perigo, baseada no ensaio simbólico da informação relacionada com situações de perigo previamente conhecidas. Quando o contexto e a experiência atuais se tornam similares ao contexto passado de dor e ameaça, surgem no campo da consciência sentimentos e pensamentos relacionados com o perigo e a defesa. Estes pensamentos podem ajudar na elaboração de melhores estratégias para lidar com o perigo atual ou próximo, ou podem ser totalmente inapropriados para a presente situação (e.g., ruminação das fobias pós-traumáticas) (LeDoux, 1996). O comportamento humano interpessoal é, então, regulado por um número de sistemas motivacionais, ligados cada um deles a módulos cerebrais específicos (Gilbert, 1989, 1992b, 1998a, 1998b; LeDoux, 1998; Migone & Liotti, 1998). O desenvolvimento de cada um desses sistemas motivacionais, ao longo da história pessoal de aprendizagem, baseia-se num conjunto de disposições inatas bem definidas. Estes sistemas evoluíram para atingir objetivos biossociais independentes ou mesmo interrelacionados, como a vinculação, a seleção de parceiros sexuais, o *ranking* social ou a cooperação (Bowlby, 1969, 1982, 1988; De Waal, 1996; Gilbert, 1989; Le Doux, 1996; Liotti, 1994). Por este motivo, a união social dentro do grupo tornou-se central para o bem-estar físico e emocional do indivíduo (Panksepp, Nelson, & Bekkedal, 1997). Alterações reais ou imaginadas a esta sociabilidade natural são aversivas, perturbadoras, com custos pessoais ou dificuldades na aptidão inclusa. A rejeição social, a desvalorização dos outros, o ostracismo e a alienação são, igualmente, aversivos e perturbadores (Bailey, 2000; Baumeister & Tice, 1990; Hazan & Shaver, 1994), sendo que a sua existência aumenta o risco para várias formas de patologia física e psicológica (Baumeister & Leary, 1995; DeLongis, Folkman, & Lazarus, 1988; Goodwin, Hunt, Key, & Samet, 1987; Henderson, 1982). Por exemplo, a vinculação insegura com as figuras parentais pode ser prejudicial para o funcionamento fisiológico (Carter, Lederhendler, & Kirkpatrick, 1997; Liotti, 2000), para o sentido do *eu* e autorregulação (Bowlby, 1988; Swann & Brown, 1990) e para os sistemas de significado (Simpson & Rhodes, 1998).



Capítulo 2

Teoria das mentalidades sociais e as Experiências do *Eu*:
Autocriticismo e Autocompaixão

Capítulo 2

Teoria das Mentalidades Sociais e as Experiências do *Eu*: Autocriticismo e Autocompaixão

Este capítulo aborda a Teoria das Mentalidades Sociais, com particular ênfase para as mentalidades sociais de *Ranking* Social e de Prestação de Cuidados, onde se inscrevem o Autocriticismo e a Auto-compaixão. Os conceitos são descritos de forma genérica, assim como as implicações destes construtos para a psicopatologia *versus* bem-estar e felicidade, dado que em cada capítulo empírico é feita uma introdução integradora do modelo e conceitos em estudo. Finalmente, é feita uma breve apresentação da Terapia Focada na Compaixão como abordagem multimodal específica e especializada para o do autocriticismo e da vergonha.

*“Trago fados nos sentidos
Tristezas no coração
Trago meus sonhos perdidos
Em noites de solidão
Trago versos, trago sons,
De uma grande sinfonia
Tocada em todos os sons
Da tristeza e da alegria (...)
Trago noites de luar
Trago planícies de flores
Trago o céu e trago o mar
Trago dores ainda maiores”.*

Amália Rodrigues & José Fontes Rocha [letra],
Cristina Branco [interpretação] (2006), faixa 2

“Privamo-nos para mantermos a nossa integridade, poupamos a nossa saúde, a nossa capacidade de gozar a vida, as nossas emoções, guardamo-nos para alguma coisa sem sequer sabermos o que essa coisa é. E este hábito de reprimirmos constantemente as nossas pulsões naturais é o que faz de nós seres tão refinados. Porque é que não nos embriagamos? Porque a vergonha e os transtornos das dores de cabeça fazem nascer um desprazer mais importante que o prazer da embriaguez. Porque é que não nos apaixonamos todos os meses de novo? Porque, por altura de cada separação, uma parte dos nossos corações fica desfeita. Assim, esforçamo-nos mais por evitar o sofrimento do que na busca do prazer”.

Milan Kundera, A Teoria do Caos

1. Sistemas de Regulação de Afeto

Com base no exposto no Capítulo 1, e para percebermos melhor como funcionam estes processos de autoavaliação interna (autocriticismo e autocompaixão), é imprescindível olharmos aprofundadamente para os mecanismos evoluídos subjacentes a determinados tipos de sentimentos e estilos de relação social. Que sistemas de regulação de afeto estão subjacentes no autocriticismo e, sobretudo, na autocompaixão? Que tipos de afeto estão associados a sentimentos de tranquilização, bondade e vitalidade? Recentes estudos na área das neurociências da emoção mostraram que o ser humano possui três sistemas de regulação emocional: o sistema de ameaça e proteção, o sistema de procura (*drive*) e de vitalidade e o sistema de *soothing*, contentamento e vinculação (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Apesar desta conceptualização não abranger toda a complexidade envolvida na regulação emocional, permite de uma forma simples compreender os mecanismos principais implicados (Panksepp, 1998). Por outro lado, outros estudos também revelaram que existem diferentes tipos de afeto positivo, com diferentes funções (Davidson, 2002). A Figura 2.1. ilustra os tipos de sistemas de regulação de afeto.

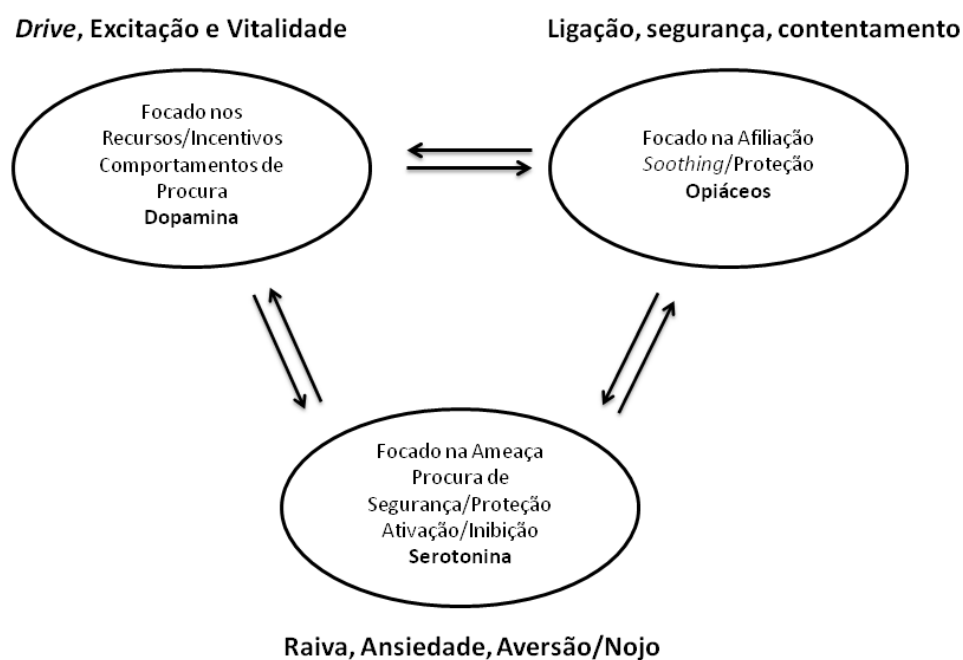


Figura 2.1. Sistema tripartido de regulação de afeto (Tradução e adaptação de Gilbert, 2005).

Como pode observar-se, a Figura 2.1. representa a interação dinâmica entre o sistema de ameaça-defesa e os dois tipos de sistemas de afeto positivo (procura de recursos e *soothing* e afiliação). Estes sistemas possuem uma natureza interativa e recíproca, interagindo entre si, com efeitos recíprocos uns nos outros, para a formação de determinados padrões nas disposições e conexões neurocorticiais. Cada um deles reage a sinais/estímulos específicos. Assim, é a informação contida nos genes e a experiência (aprendizagem) que contribuem mutuamente para a

maturação dos padrões emergentes (reportórios inatos) (Gilbert, 2005). Passamos a descrever, sucintamente cada um destes sistemas:

Sistema de procura de recursos/ incentivos: diz respeito à vitalidade, energia e *drive*. Caracteriza-se por um esforço persistente e orientação para a obtenção de objetivos valorizados, reforçadores e que transmitam segurança, sendo mediado pelo sistema dopaminérgico (Panksepp, 1998). Constitui um sistema de procura e, como tal, ativador de comportamentos de procura e de aquisição (Gilbert, 2005; Panksepp, 1998). Se a procura é bloqueada por qualquer motivo são automaticamente ativadas repostas de medo, tristeza e frustração defensiva (Panksepp, 1998). Pelo contrário, este sistema pode ser desativado quando o indivíduo se sente seguro e feliz, em que não antecipa recompensas nem as procura. Quando isto acontece estamos na presença de outro sistema de afeto positivo, com funções e efeitos diferentes.

Sistema focado na afiliação, calor e soothing: sistema mediado por sistemas neurofisiológicos específicos que está associado a sentimentos de tranquilidade, segurança no mundo, com os outros e connosco próprios. Este sistema de calor-afeto sustenta os sentimentos de acalmar o outro e ser acalmado, desativa as emoções defensivas (e.g., raiva, ansiedade e tristeza) e comportamentos (e.g., agressão e fuga), ligados ao sistema de ameaça-defesa, e o sistema de procura de recursos/ incentivos, orientado para o fazer, adquirir e alcançar. A sua função, para além de remover ou reduzir a ameaça, é conferir também um sentimento de segurança, tranquilidade e ligação aos outros e ao *eu* (*safeness*) (Gilbert, 1993, 2005b). Ocorre através da troca de sinais sociais positivos recíprocos, com impacto na mente dos outros (e.g., abraçar, tocar, acarinhar, tom de voz calma e tranquila, expressão facial calorosa). Este tipo de sinais sociais de calor, afeto e cuidado são biologicamente potentes para ativar o sentimento de segurança e bem-estar (Bowlby, 1969; Gilbert, 1993, 2005b; Panksepp, 1998). Acresce referir que os circuitos neurofisiológicos deste sistema estão relacionados com o sistema dos opiáceos endógenos (oxitocina). O referido sistema pode também constituir uma variação fenotípica de um traço temperamental, isto é, certos indivíduos são mais calorosos que outros (Gilbert, 2005b). Sintetizando, o sistema de *soothing*/afiliação caracteriza-se por três propriedades importantes: primeiro, o calor e a bondade (*kindness*) fornecem sinais de cuidado e investimento que são calmantes e tranquilizadores e, como tal, permitem, a quem recebe, uma organização interna de segurança e tranquilidade; segundo os sentimentos de calor e afeto ao envolverem a expressão e partilha de afeto positivo estimulam a expressão do gostar, afeição e respetivos sentimentos; por fim, o calor e o *soothing* só emergem na presença de determinados sinais e contextos, sendo mais prováveis quando os indivíduos se sentem seguros na proximidade com os outros. O conceito de *safeness* refere-se à forma como a nossa mente está organizada quando nos sentimos seguros, relaxados, com uma atenção aberta ao momento, curiosos, exploradores e não defensivos (Gilbert, 1993).

Deste modo, o sistema de contentamento e de segurança (*safeness*) pressupõe a inexistência de mecanismos inibitórios, característicos do sistema de ameaça-defesa. Quando atingimos determinado objetivo valorizado sentimos um gradiente de ativação associado a um grau de satisfação/felicidade e de interesse básico de exploração. Em oposição, o estado de felicidade e de satisfação caracteriza-se por um estado de relaxamento e de tranquilidade face a um ambiente confortável e não ameaçador (não é necessária defesa nem procura). A segurança social é coconstruída e gerada nas relações sociais através da emissão de um conjunto de sinais e trocas positivas, fundamentais para o bem-estar e saúde. Quando as crianças e adultos se sentem seguros tornam-se mais criativos na resolução dos seus problemas, o seu pensamento funciona de forma mais integrada e manifestam um maior número de comportamentos pró-sociais; quando se sentem ameaçados tornam-se mais vigilantes e prontos a reagir e a tomar decisões acerca das estratégias e comportamentos a utilizar para lidar com a situação ameaçadora (e.g., luta, fuga, submissão, congelar). Em síntese, o sistema de segurança e *soothing* (*safeness*) está ligado a comportamentos de cuidar (Gilbert, 1989, 1993, 2000c, 2001) constituindo um sistema de processamento de informação com especificidades que deve ser separado dos outros dois sistemas neurobiológicos (sistema de ameaça-defesa e sistema de procura de recursos).

Sistema de ameaça-defesa: todos os seres vivos evoluíram com sistemas relacionados com o processamento da ameaça e proteção. Este ponto já foi extensamente abordado no Capítulo 1, pelo que iremos só relembrar os aspetos principais, até porque, nós humanos possuímos um maior número de sistemas de processamento de informação relacionados com a ameaça do que focados no cuidar e na segurança (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer, & Vohs, 2001). A neurofisiologia deste sistema está amplamente estudada e compreendida (LeDoux, 1998; Panksepp, 1998). A sua função básica prende-se com o detetar estímulos de ameaça com rapidez, e, consequentemente, acionar as respostas emocionais (e.g., ansiedade, raiva e aversão), cognitivas e comportamentais específicas (e.g., luta, fuga, submissão, pensamento dicotómico, sobregeneralização) com vista à proteção (Marks, 1987; Gilbert, 2000c, 2001c). A regulação genética e sináptica da serotonina exerce um papel crucial neste sistema (LeDoux, 1996, 1998; Caspi, 2006). É um sistema programado de acordo com a regra condicionada de “Mais vale prevenir que remediar”, altamente sensível aos efeitos do condicionamento, estando na base e origem de muitos quadros psicopatológicos (LeDoux, 1996; Gilbert, 2000a, 2000c). O funcionamento adequado deste sistema pode, em certas circunstâncias, ser difícil porque muitas das suas opções de resposta podem conflitar entre si. Revela-se difícil utilizar comportamentos defensivos de luta e fuga ao mesmo tempo, e os comportamentos de submissão podem ser de vários tipos, desde a inibição submissa, ao apaziguamento, inibição da fuga e da luta. Os indivíduos que utilizam a submissão como estratégia de proteção estão mais vulneráveis à comparação social negativa, atentos aos sinais de dominância por parte dos outros, sentem ansiedade e vergonha e

evitam, a todo custo, situações de conflito interpessoal (Gilbert, 2005a, 2007c). O sistema de defesa social presente na espécie humana só funciona sincronicamente se existirem outros para coconstruir determinados papéis sociais. É claro que os comportamentos e estratégias de defesa não social podem ser utilizados em situações sociais (e.g., fuga, evitamento, agressão e violência), apesar de que a agressão dirigida aos indivíduos coespecíficos é diferente daquela que é dirigida aos indivíduos de espécies diferentes (comportamento de caça) ou da agressão defensiva para com os predadores.

Como já abordado (cf. Capítulo 1), a maioria dos tipos de ameaça ativa o sistema de ameaça-defesa através da ativação rápida do sistema límbico cerebral (LeDoux, 1998). As ameaças podem ser estímulos sinalizadores externos de punição e dano, de bloqueio ou fracasso dos objetivos, provocando o aparecimento de diferentes texturas emocionais e comportamentais defensivas: raiva (lutar duramente para ultrapassar as frustrações experienciadas, retaliação); ansiedade (escapar/fugir ou evitar ameaças); nojo/repugnância (evitar, expelir ou erradicar o agente nocivo), tristeza (resposta à perda). Contudo, a ativação pode revelar-se fonte de ameaça para o próprio *eu* (e.g., num contexto hostil gritar por ajuda na ausência dos pais pode atrair predadores), daí que seja de vital importância a existência de um processo de regulação (e.g., inibição comportamental, desmobilização, subordinação) (Gilbert, 1992b, 2004b,d, 2007c). Este mecanismo está presente no ser humano pelo facto deste possuir determinadas capacidades cognitivas “superiores”, como o autoconhecimento e a representação simbólica, a metacognição, a teoria da mente e a construção de autoidentidades. Curiosamente, estas mesmas capacidades são responsáveis pelo sofrimento e ameaça que os humanos sentem por simplesmente existirem (e.g., não somos suficientemente atraentes ou talentosos para obtermos o que queremos, sermos amados e desejados, evitarmos a rejeição), pelos seus pensamentos e emoções e ainda pela capacidade de antecipação ou previsão do que vai acontecer (Gilbert, 2001c; Wells, 2000). Portanto, é também possível que os indivíduos recrutem para o seu mundo interior as mesmas mentalidades sociais e sistemas de processamento de informação e padrões de resposta comportamental específicos. Isto é, podem adotar uma orientação de ameaça e defesa em relação ao próprio *eu* ou, pelo contrário, uma orientação de tolerância, compaixão e aceitação.

1.1. O funcionamento interativo dos três sistemas de regulação de afeto

Os três sistemas de regulação de afeto funcionam de forma integrada e interdependente. São sistemas que interagem, criando determinados padrões neurofisiológicos, altamente responsivos a certos tipos de sinais. Nos indivíduos com elevado autocriticismo e vergonha os sistemas de procura de recursos e recompensas (*drive*) e de proteção encontram-se interligados de forma complexa. Para alguns destes indivíduos a forma de lidarem com a vivência de inferioridade e diminuição é através de atitudes e comportamentos perfeccionistas e da tentativa de atingir padrões elevados de realização. A função prende-se com a procura de segurança, com o aumentar

da posição social e com o evitamento de sentimentos de rejeição, subordinação ou inferioridade. Estes indivíduos necessitam de provar constantemente aos olhos dos outros que são capazes e competentes e que conseguem alcançar as metas propostas. No mesmo sentido, Depue e Morrone-Strupinsky (2005) sugerem que a procura de estatuto, a competição social e o evitamento da rejeição social estão associados ao sistema de *drive* e de procura de recursos. Quando este sistema falha, ativa-se automaticamente o sistema de ameaça-defesa. De facto, o que acontece na psicopatologia, não querendo simplificar a complexidade destes processos, está relacionado com a perda de equilíbrio entre os três sistemas de regulação, constituindo o objetivo da terapia o reequilíbrio dos referidos sistemas. A existência de determinado tipo de sinais desencadeia a desativação do sistema de *soothing* e de afiliação, surgindo, em consequência, a ativação de *outputs* e rotinas ligadas ao sistema de ameaça-defesa. Por isso, tentar trabalhar na psicoterapia apenas com o sistema de ameaça não ajuda a promover o balanço entre os três sistemas, sendo necessário o desenvolvimento de competências associadas ao sistema de afeto positivo de *soothing*, ao qual pertence a autocompaixão. Quando não existe no contexto social qualquer tipo de ameaça, os animais sentem-se seguros, num estado de contentamento, de felicidade e de bem-estar, diferente do estado emocional característico de quando se atinge determinado objetivo valorizado (alegria, excitação e vitalidade) (Depue, 2005). O contentamento está associado, então, a um estado de tranquilidade, de quietude e de bem-estar, com o sistema de proteção desligado, o que sugere que este sistema é não só importante para a regulação e redução da ameaça, como é fundamental para os sentimentos de segurança e de felicidade (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Alguns estudos recentes mostraram que a oxitocina é a neuro-hormona ligada aos sentimentos de afiliação, de confiança e de tranquilização nas relações sociais (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Uvâns-Morberg 1998; Wang, 2005). Os indivíduos autocríticos e com elevada vergonha apresentam uma elevada sensibilidade e sobreatividade do sistema de ameaça-defesa, e uma subatividade do sistema de contentamento, com dificuldades em sentirem-se seguros consigo próprios e nas relações interpessoais.

2. Teoria das Mentalidades Sociais

2.1. Contexto social e módulos/estratégias

Investigações recentes na área da genética e das neurociências revelaram que pequenas mudanças nalguns genes têm consequências significativas na forma como os neurónios se desenvolvem, na formação de redes neuronais e na forma como a modificação ocorre pela aprendizagem (Geary & Huffman, 2002; Knox, 2003). A ênfase é colocada na forma como os genes interagem entre si e se expressam e na multiplicidade de fatores internos e externos que afetam a expressão genética e seus efeitos - fenótipos (Gilbert, 2005; Lickliter & Honeycutt, 2003). Como já referido no Capítulo 1, a evolução de muitos mecanismos mentais foi moldada por diferentes desafios sociais que atuaram ao longo de milhares de anos (Buss, 1995, 1999; Gilbert,

1989, 1998a; Gilbert, Bailey & McGuire, 2000). Estes desafios levaram ao desenvolvimento de uma variedade de motivações sociais para a criação de determinados papéis sociais. A fim de criarem com sucesso papéis sociais desejados, os indivíduos necessitam de ser competentes no envio e decodificação de sinais sociais. As referidas competências baseiam-se na detecção de sinais e sistemas analíticos (McGuire & Troisi, 1998). Se os diferentes sinais sociais indicarem sucesso ou fracasso no desempenho de um determinado papel social surgem emoções negativas e positivas (Nesse, 1998). Assim, os humanos possuem sistemas neurocorticais sensíveis a sinais que detetam e reconhecem estímulos-chave (e.g., comida e parceiros sexuais) e que têm uma função de resposta (e.g., sinais de ameaça ativam o sistema de defesa, tais como luta/fuga) e de procura (e.g., procura de alimentos e procura de parceiros sexuais). Estes sistemas constroem as infraestruturas para o desenvolvimento do sistema motivacional, cognitivo e afetivo/emocional (Buss, 2004; McGuire & Troisi, 1998). De facto, estes sistemas psicobiológicos sensíveis a determinados sinais são estimulados e modificados numa rede neuronal complexa através da aprendizagem. O papel exercido pela aprendizagem é inquestionável, revelando-se crucial, na medida em que faz aquilo que os genes não conseguem fazer. Dito de outra forma, os genes criam as condições necessárias para o desenvolvimento e formação dos sistemas fisiológicos (e.g., sistema hormonal e neurotransmissores) (Panksepp, 1998; LeDoux, 1998). Estes sistemas fisiológicos estão preparados para os vários estímulos e sinais, ligando estes sinais a motivos e emoções (e.g., procurar comida, parceiro sexual), em que a experiência se revela fundamental para o seu desenvolvimento e padronização (Knox, 2003; Li, 2003). Deste modo, os genes e a aprendizagem são co-construtores complexos dos sistemas fisiológicos e dos padrões internos, que possibilitam a formação de fenótipos sociais (e.g., estilos de cuidado). A título ilustrativo, quando a mente se encontra num registo compassivo entram em funcionamento determinadas infraestruturas biopsicológicas responsáveis pela emergência da compaixão (Gilbert, 2005b; Gilbert & Irons, 2005).

Assim, os fenótipos sociais (e.g., estilos de cooperação, comportamento sexual) podem apresentar uma variedade de formas consoante os constrangimentos inerentes a cada espécie e a sua maturação na ecologia social (McGuire & Troisi, 1998). Os contextos sociais, incluindo as ações dos outros, possuem informação que as estratégias necessitam para se desenvolverem, aperfeiçoarem e amadurecerem tornando-se, assim, em sistemas adaptativos, ecologicamente sensíveis e funcionais. Estas estratégias constituem meios facilitadores da aptidão inclusa, fundamental à sobrevivência (Gilbert, 2005). Numa leitura psicológica, as estratégias ou módulos guiam e orientam o seu conteúdo informativo através das emoções e motivos congruentes. Os seres humanos sentem-se atraídos para determinados tipos de parceiros sexuais, sentem-se seguros e felizes quando são amados, aceites, desejados, estimados e reconhecidos, quando fazem parte duma comunidade/grupo ou relação; pelo contrário, sentem-se infelizes e entram em sofrimento quando rejeitados, abandonados, desvalorizados e explorados (Nesse & Williams, 1995).

Estas estratégias fazem parte do conhecimento intuitivo ou implícito que opera fora da nossa corrente de consciência (Haidt, 2001), sendo transversal à experiência humana. Ainda em relação à forma como estas estratégias se manifestam é provável que existam diferenças consoante o género, em que as mulheres parecem apresentar uma maior predisposição do que os homens para determinadas formas de compaixão (e.g., cuidar dos filhos) (Gilbert, 2005b; Gilligan, 1982; Taylor et al., 2000).

Em suma, as mentalidades sociais ajudam na coconstrução de papéis sociais (e.g., prestação de cuidados, sexuais, cooperativos) que têm como função a resolução de determinados desafios sociais. A forma como esses padrões de atividade se relacionam entre si no cérebro gera os diferentes papéis sociais. Estes padrões de atividade são coreografados por estímulos externos (e.g., como os outros se comportam em relação ao *eu*, com amor ou hostilidade) e por motivos e sistemas de processamento internos que dão significado aos sinais (e.g., criar um papel afiliativo vai depender da forma como os outros se relacionam connosco, da forma como interpretamos esses sinais, e ainda da intenção de ser afiliativo) (Gilbert, 2005b, 2007c, 2009a). Estas mentalidades sociais evoluíram filogeneticamente para facilitar a sobrevivência dos indivíduos, mobilizando-os para o efeito dos processos psicológicos relacionados com a atenção, percepção, cognição, emoção e comportamento. Desta forma, a criação de diferentes papéis no relacionamento interpessoal deriva desta troca de sinais sociais distintos responsáveis pela ativação de determinados sistemas fisiológicos e cerebrais específicos. Esta mesma capacidade de cocriação de papéis sociais resulta da evolução de sistemas psicobiológicos específicos inatos que (i) guiam os indivíduos na criação de certos tipos de papéis com os outros (e.g., a criança procura a proteção por parte dos pais; um adulto procura pessoas para formar alianças e relações de amizade ou contatos sexuais), (ii) ajudam na interpretação dos papéis sociais que os outros procuram representar com eles (e.g., se os outros agem de forma cuidadora, amigável, sexual ou competitiva) e (iii) orientam ainda as próprias respostas afetivas e comportamentais dos indivíduos no relacionamento interpessoal com os outros (e.g., se o outro é hostil ataco ou fujo, se é amigável aproximo-me ou ajo de forma afável e calorosa) (Gilbert, 2000c, 2005b). Por isso, quando estamos na presença dos outros procuramos estimular estratégias (mentalidade social) e um determinado estado da mente, reciprocamente relacionado com o nosso (Gilbert & McGuire, 1998). Para ilustrar este processo, uma mentalidade de dominância agressiva desencadeia nos outros um estado da mente de submissão, com o predomínio de emoções como a ansiedade e medo associados a comportamentos de defesa (Gilbert, 2000a, 2000b). Por sua vez, a cooperação amigável procura criar uma mentalidade não-agressiva, de baixo *stress* e de ligação ao *eu* na mente dos outros. Assim, as mentalidades ou módulos possuem os seus próprios processos maturacionais internos, requerem diferentes *inputs* em diferentes momentos e contextos, e estão integradas na nossa mente com preferências de auto-organização e rotinas cognitivas, emocionais e comportamentais específicas. São processos inatos (procura de papéis), orientados para a relação social (com os outros), que

desencadeiam determinados sinais (ser cuidadoso e tolerante, ter relações sexuais satisfatórias); especializados no encontrar de certas relações sociais positivas (aceitação, aprovação do estatuto) e de certas relações sociais negativas ou desagradáveis (rejeição, desacordo, perda de estatuto) (Gilbert 1989; Nesse, 1999).

Deste modo, as mentalidades sociais (reportórios inatos ou módulos) mais importantes são (Gilbert, 2005c, 2007c):

Procura de Cuidados

Implica o desenvolvimento de relações com outros que possam fornecer cuidados e proteção. Abrange competências de aproximação ao outro e de responsividade aos seus sinais de cuidado. As competências incluem avaliação da proximidade ao outro, pedidos de ajuda, procura do outro e ser responsivo aos sinais de cuidado por parte dos outros.

Prestação de Cuidados

Implica o desenvolvimento de relações com os outros para fornecer determinado tipo de investimentos: tempo, energia e outros recursos, de forma a promover e manter a sobrevivência, o crescimento e a subsequente reprodução da pessoa a quem é prestado o apoio. Nesse sentido, envolve a atenção e o investimento para com o objeto de cuidado (e.g., criança), a supressão da agressão para com o mesmo, a responsividade à sua angústia, a avaliação e a satisfação das suas necessidades, a simpatia, empatia e afeto para com este. As competências incluem a responsividade ao sofrimento/*stress*, a avaliação das necessidades e o fornecimento ao outro do que este precisa e, nos humanos, empatia e simpatia.

Formação de Alianças

Implica o desenvolvimento de relações de cooperação, com a inibição da agressão, a troca-partilha, a afiliação, a amizade, a vida em grupo numa comunidade e o comportamento recíproco. As competências pressupõem a avaliação de quem é similar/semelhante ao *eu* intra-grupo e intergrupo, e quem é desejado como aliado. No ser humano esta mentalidade social contribui para o pensamento em termos de reciprocidade, equitatividade, justiça e direitos. Resolve os problemas das constantes competições e desacordos e contribui para a ação cooperativa no confronto de determinados problemas de sobrevivência (e.g., trabalho de equipa).

Competição social

Implica o estabelecimento e desenvolvimento de relações para a competição direta por recursos, ganhar e manter uma posição/estatuto (dominância/líder) e a acomodação e submissão perante aqueles que são dominantes. Caracteriza-se pela competição para ser escolhido pelos outros para o desempenho de determinados papéis sociais (e.g., como aliado, parceiro sexual e líder). Resolve os problemas das constantes competições e desacordos e permite a coesão social.

Sexual

Pressupõe o desenvolvimento de relações para o comportamento sexual e implica a atração, ser atraído, o cortejar, a concepção e a manutenção do parceiro sexual. Para o estabelecimento de relações e ligações sexuais de curto-prazo e longo-prazo podem funcionar diferentes estratégias e várias emoções e motivos (Gilbert, 2005b).

2.2. A autoidentidade e o contexto social

Como já referido no ponto anterior, as nossas relações com os outros são coconstruídas a partir de estratégias inatas amadurecidas através das relações sociais que experimentamos, o mesmo acontecendo na relação do *eu* com o *eu*. Em parte, isto acontece porque as relações do *eu* com o *eu* destinam-se a ajudar-nos a navegar no mundo social e a saber como atuar nele. Para cada encontro social em que participamos construímos esse encontro com base na nossa aprendizagem prévia e nos esquemas nucleares acerca do *eu* e dos outros, e dos papéis que lhes estão associados (Gilbert, 2005c, 2009a, 2009b, 2010b).

Alguns autores (Baldwin, 2005; Gilbert, 2005b; Liotti, 1993, 2000) conceptualizam o *eu* e a autoidentidade como um sistema organizado que coordena memórias, emoções, crenças e outros processos para o estabelecimento de objetivos em contextos sociais específicos. Assim, diferentes mentalidades sociais orientam e guiam diferentes subidentidades. Precisamos de coordenar diferentes aspetos da nossa mente designados para orientar o *eu* nos diferentes papéis sociais. Muitas relações sociais permitem o desempenho de múltiplos papéis, e a mistura e inter-relação de várias mentalidades sociais para um papel específico. As autoidentidades necessitam de ser construídas e são importantes para o assegurar da ligação e aprovação social (Gilbert, 2005c, 2007c, 2009a). Contudo, as nossas necessidades de aprovação social (procura de segurança), o medo da vergonha e o desejo de manter a autoidentidade (reputação) na relação com os outros podem contribuir, significativamente, para a diminuição das capacidades de autocompaixão. O meio social exerce um papel preponderante na formação e operacionalização das diversas subidentidades. Parece, então, que as capacidades potenciais evoluídas e a mente social estão associadas a determinados padrões neurofisiológicos específicos e com a forma como vemos e atribuímos significado ao mundo (Gilbert, 2004b, 2005c; Knox, 2003; Li, 2003).

2.3. Mentalidade de *ranking* social e as experiências do *eu*

A mentalidade de *ranking social* é uma mentalidade de poder social e ameaça. Os indivíduos a funcionar com base neste padrão psicobiológico esforçam-se e procuram ser valorizados pelos outros com vista à inclusão social (exercer controlo sobre os outros), lutam pelo estatuto e posição social, competem por recursos, são hipersensíveis à avaliação e comparação social com uma vivência de medo de “não ser suficientemente bom ou ser inferior” e com uma elevada

sensibilidade à vergonha (Gilbert, 2005d). A presença e a continuidade nesta mentalidade social aumenta a vulnerabilidade para a psicopatologia, através do sentimento de derrota, inferioridade, subordinação, rejeição, vergonha e perseguição, e da ativação de comportamentos de defesa, tais como submissão medrosa, ansiedade social, depressão e agressão (Gilbert, 2004b).

O autocriticismo pela sua natureza, forma e função está inscrito nesta mentalidade de competição social, sendo uma estratégia altamente adaptativa para lidar com contextos de ameaça, abuso e de hostilidade. Pelo contrário, a compaixão é uma mentalidade de prestação de cuidados que recruta um sistema motivacional, cognitivo e emocional específico e diferente: o prestar e fornecer cuidados associado a emoções positivas (e.g., preocupação com os outros, simpatia, empatia), competências de processamento social (e.g., teoria da mente) que identificam (atenção seletiva) e analisam as necessidades dos outros (Gilbert, 1989, 1993, 2005c). Isto pressupõe que existem processos fisiológicos específicos (e.g., ação do cortisol) que funcionam, diferenciadamente, de acordo com a forma como a nossa mente está organizada, isto é, em função da mentalidade social que está ativada e a operar no momento. Os sentimentos positivos de afiliação e calor são mais frequentes e presentes quando os indivíduos se sentem seguros uns com os outros, e em contextos seguros e de abundância. A orientação para ser tolerante, expressar e sentir calor (mentalidade social de compaixão) pelos outros é uma qualidade emergente da nossa mente relacionada com o temperamento, assim como experienciar o calor e o cuidado dos outros (Gilbert, 2005b).

Revela-se, então, importante perceber que experiências precoces de segurança e ameaça contribuem para a formação e desenvolvimento de um sentido de identidade, e que padrões inatos (mentalidades sociais) facilitam ou comprometem o desenvolvimento de um sistema de afeto positivo de calor e compaixão. Quando no mundo social de referência os outros criam um estado da mente de segurança (estimulação do sistema de segurança) e fornecem calor e validação (Leahy, 2005) surge no indivíduo um sentimento de ser amado e desejado, o que o faz procurar os outros e desempenhar estratégias cooperativas e afiliativas que englobam emoções e motivos congruentes (e.g., simpatia e empatia). Por sua vez, quando os pais (ou outros significativos) são incapazes de gerar segurança (estimular), de transmitir confiança e são ameaçadores (gerando humilhação e vergonha) há uma subestimulação do sistema de afeto positivo de procura e de calor e uma ativação do sistema de ameaça-defesa, gerando comportamentos e emoções de defesa, tais como a raiva/luta, a ansiedade/fuga, a submissão/apaziguamento e outros (Gilbert, 2005c; Perris, 1994).

2.4. Relação entre a competição social e teorias da vinculação

A teoria da vinculação postula que as crianças constroem estruturas de memória implícita, relativas ao *eu* e à figura de vinculação (modelos de trabalho interno) com base na sua experiência atual com a figura de vinculação (Bowlby, 1969, 1982, 1988; Liotti, 2000). Estas represen-

tações internas *eu-outro* assumem o controlo do sistema inato, regulando o comportamento de vinculação. Existem diferenças importantes entre esses *scripts* ou modelos de trabalho interno e os três padrões de vinculação conhecidos. Os modelos de relação interna seguros caracterizam-se por uma relação entre a criança e o cuidador unitária e coerente. A criança retrata o cuidador como confiável e o *eu* como portador de emoções e desejos significativos de proximidade e proteção quando em perigo. Nos outros dois padrões de vinculação, o evitante e o ambivalente (resistente), os modelos de relação interna retratam uma representação menos favorável do *eu* e do cuidador. O cuidador é representado como indisponível no padrão evitante e como imprevisível ou controlador no padrão resistente. Apesar destas representações do *eu* e do cuidador serem desfavoráveis não afetam a capacidade da criança sintetizar as estruturas de significado, de uma forma relativamente coerente e unitária. Pelo contrário, a informação disponível nas crianças que possuem um comportamento de vinculação desorganizado caracteriza-se por modelos de relação interna múltiplos, fragmentados e incoerentes (Liotti, 1992). Contêm representações do *eu* e da figura de vinculação tão contraditórias ou incompatíveis que não podem ser reciprocamente integradas: permanecem dissociados pelo menos nas primeiras etapas do desenvolvimento da personalidade, e podem permanecer assim na vida adulta (Liotti, 1992, 1995, 1999a,b). De facto, encontramos este tipo de vinculação nos doentes com patologia *borderline* da personalidade. Neste tipo de vinculação, desorganizada, existe um conflito entre os sistema de defesa e o sistema de segurança. A figura de vinculação (pai/mãe) é ao mesmo tempo fonte de conforto e fonte de ameaça, ativando os dois sistemas simultaneamente. Gilbert (1989) expressa esta ideia como um conflito entre o sistema de defesa e o sistema de segurança. As crianças são altamente atentas e responsivas aos sinais não verbais dos pais, e que incluem proximidade, abraçar, acariciar e expressões faciais (Schoore, 1994). O estado psicobiológico da criança não é apenas regulado por estas interações (Hofer, 1984), mas pela utilização das expressões faciais dos seus progenitores para processar o perigo ou a ausência dele. Portanto, pais cuja expressão facial ou comportamentos não verbais são ambivalentes, ou ainda que os sinais são confundentes e misturam emoções positivas e negativas criam confusão e medo nos filhos. Os estudos empíricos sugerem que estes pais com comportamentos de vinculação contraditórios apresentam memórias emocionais traumáticas não resolvidas (Liotti, 2000). Experimentar memórias emocionais não resolvidas significa que fragmentos de acontecimentos dolorosos do passado emergem de forma imprevisível no campo da consciência no presente, e não podem ser integrados por nenhum processo de pensamento organizado (Horowitz, 1986). Pais que, por sua vez, foram crianças abusadas ou que sofreram com a perda de uma das figuras de vinculação tendem (até um certo nível de processamento mental) a recordarem-se destes episódios enquanto cuidam dos seus filhos. Os filhos destes pais com memórias traumáticas são, muitas vezes, testemunhas das expressões faciais de medo (juntamente com expressões de frustração, dor e raiva). Neste tipo de vinculação desorganizada, os sinais emocionais de medo são particularmente importantes. Para a criança a

expressão facial de medo no adulto é, particularmente, assustadora, sendo interpretada como um sinal de perigo, ativando o sistema de ameaça-defesa (Liotti, 1993, 2000). Então, nestas crianças as estratégias inatas, reguladas pelo sistema de defesa-escape, congelamento, agressão defensiva e submissão, conflituam com as estratégias de aproximação, exploração ou tranquilização reguladas pelo sistema de segurança (comportamento de vinculação). É importante referir que, à exceção de comportamentos parentais violentos ou abusivos, que assustam e ameaçam diretamente as crianças quando estas pedem uma proximidade protetora, nenhum outro padrão de cuidado parental pode provocar ativação conflitual entre os dois sistemas: defesa e segurança. Os comportamentos parentais de indiferença, negligência ou demissão desencorajam a criança de procurar a proximidade, mas não a assustam e, por isso, não surgem outras estratégias defensivas associadas à vinculação. As crianças, cujos pais são abandonadores (que se demitem do apego/vinculação), são capazes de organizar coerentemente o seu comportamento de vinculação (usam o evitamento da figura de vinculação, como uma estratégia organizada, quando o sistema motivacional que controla a vinculação está ligado). O comportamento parental que corresponde ao padrão de vinculação resistente ou ambivalente, que imprevisivelmente oscila entre a aceitação e a recusa dos comportamentos de vinculação pode ser dececionante ou perturbador, mas não assusta a criança. Por último, é o conflito entre a ativação da vinculação e a ativação de estratégias (mais arcaicas) defensivas que contribui seriamente para o surgir da vinculação desorganizada. Na presença desta ativação simultânea provocada pelo mesmo “estimulador” social (o comportamento não verbal do cuidador), o comportamento de vinculação não pode ser organizado porque o conflito é intrinsecamente irresolúvel (Main & Hesse, 1990). O cuidador, que é a fonte de segurança para a criança, aparece ao mesmo tempo como fonte de ameaça. Nestas circunstâncias, o sistema de defesa inato da criança é ativado e dirigido diretamente para o cuidador. A criança tende a atacar defensivamente o cuidador (assustado/assustador) ou a isolar-se dele (através do escape ou congelamento). A retirada do cuidador, contudo, significa solidão, e qualquer ameaça de solidão força a criança a aproximar-se do cuidador, devido à estrutura inata do sistema de vinculação (Bowlby, 1969, 1982, 1988). Apanhada neste dilema insolúvel, a criança apresenta uma mistura desorganizada de comportamentos de aproximação e de evitamento para com o cuidador, ou de congelamento ou mostra ainda agressividade defensiva numa abordagem amistosa (Liotti, 1993, 1995, 2000). Este tipo de experiências desenvolvimentais faz parte da vivência *borderline*, o que evidencia as dificuldades sentidas por estes doentes na regulação emocional e nas relações interpessoais. Claro, que este tipo de experiência terá implicações na relação do *eu* com o *eu*, da mesma forma que outros modelos de vinculação negativos, no sentido da internalização e desenvolvimento do autocrítico (Brewin & Frith-Cozens, 1997; Hartlage, Arduino, & Alloy, 1998; Kelly, Zuroff & Shapira, 2009; Zuroff, Igreja, & Mongrain, 1990; Zuroff, Koestner, & Powers, 1994).

3. A internalização dos sinais sociais

É unanimemente aceite que a mente humana é uma mente social. Os nossos diálogos internos traduzem as relações interpessoais estabelecidas com os outros (Gilbert, 1989, 2000c, 2005d). Os sinais sociais externos (expressão facial, postura, tom de voz e outros comportamentos) têm um impacto (ativação) no sistema fisiológico e no estado emocional. Poder-se-á pensar que o mesmo acontecerá no registo interno, ou seja, que certos tipos de sinais internos terão um impacto similar na fisiologia e nas emoções. Existem vários estudos empíricos que mostraram que os pensamentos (e.g., crenças, expectativas, atribuições) e as memórias podem provocar mudanças no funcionamento cerebral (no córtex pré-frontal e no sistema límbico) (George et al., 1995; Gilbert, 2000c, Gilbert et al., 2009; Longe et al., 2009). O modelo cognitivo-comportamental sempre defendeu que os sinais internos (pensamentos, sentimentos ou imagens) podem, tal como os outros estímulos externos, desencadear respostas emocionais condicionadas ou incondicionadas (Beck, 1985). A teoria das mentalidades sociais adota esta posição e sugere que os sistemas de processamento social evoluídos podem também gerar sistemas internos de sinal-resposta, que em algumas situações podem funcionar uns contra os outros. Estes conflitos nos papéis sociais são frequentes no ser humano pelo simples facto deste possuir capacidades cognitivas superiores, como a representação simbólica, a imaginação, as fantasias e a metacognição. Se formos *hostis connosco* próprios, esses sinais internos de hostilidade podem estimular os sistemas de processamento de ameaça-defesa úteis para a regulação e proteção; se, pelo contrário, formos tranquilizadores e carinhosos esses sinais estimulam os sistemas neurocerebrais ligados ao *soothing* e tranquilização.

4. Autocriticismo como uma forma de relação do *eu* com o *eu*

A experiência de sermos autocríticos e punitivos é comum à condição humana. O autocriticismo é uma forma de autocondenação e autoavaliação negativa dirigida a vários aspetos do *eu*, como a aparência, os atributos físicos, os comportamentos, os pensamentos, as emoções e as características personotípicas (Gilbert, 2000c, 2007c). As pessoas autocríticas sentem-se, muitas vezes, controladas e derrotadas pelos seus pensamentos autocríticos, e se este existir precocemente (na infância) e duma forma excessivamente marcada constituirá um fator preditor de futuros problemas psicológicos e de dificuldades interpessoais (Zuroff et al., 1994; Zuroff, Moskowitz, & Cote, 1999).

O autocriticismo é uma forma de relação do *eu* com o *eu*, em que uma parte do *eu* descobre falhas/defeitos, acusa, condena ou, eventualmente, se detesta. A ideia de que a nossa relação interna está enraizada e inscrita em diferentes sistemas de processamento que funcionam como relações sociais internas, não é nova (Gilbert, 1989, 2000a; Gilbert & Irons, 2005). O conceito não é novo, existindo várias conceptualizações, nomeadamente: Freud conceptualizava o autocriticismo e a autocondenação como um ataque do superego ao ego; formulações psicanalíticas

mais recentes descrevem a internalização de sentimentos hostis acerca do *eu* e a forma como o *eu* pode ser perseguido pelos seus pensamentos e emoções autofocados (conscientes e/ou inconscientes) (Scharff & Tsigounis citado por Gilbert & Irons, 2005); por sua vez, os terapeutas comportamentais conceptualizam o autocrítica como uma forma de autopunição; os cognitivistas focam-se na autoavaliação negativa; os terapeutas da *gestalt* perspetivam o autocrítica como uma relação interna de superioridade-inferioridade e, finalmente, a terapia cognitivo-comportamental evolucionária apresenta uma visão similar. Em síntese, o autocrítica representa uma relação interna hostil-dominante que ativa o sistema de processamento defesa-ameaça (Gilbert, 1989, 2000a, 2000b; Gilbert & Irons, 2004).

Como é que um indivíduo desenvolve um estilo hostil consigo próprio e se sente derrotado e deprimido? Como é que a mentalidade de *ranking* social (inscrita em preocupações com o poder dos outros, comparação social, medo da rejeição e dos ataques e vergonha) se torna numa mentalidade de organização dominante para o processamento interno autodirigido e para o processamento *eu-outros*?

4.1. Relação hostil-dominante e medrosa-subordinada na relação do *eu* com o *eu*

O autoataque é um comportamento defensivo/segurança (apaziguamento) que está associado ao esforço e tentativa de acalmar o *eu* e os outros em situações de conflito (Forrest & Hokanson citado por Gilbert & Irons, 2005). Gilbert (2003) sugere que a recordação de si próprio na família como subordinado (e ter-se comportado como tal) mostrou-se significativamente mais associada com a depressão do que outros fatores de recordação dos estilos parentais (e.g. calor e proteção). Os comportamentos de defesa submissos podem ser ativados rapidamente por estratégias defensivas (implícitas/inconscientes) através da autculpa, e esta surge associada a uma estratégia de subordinação, automonitorização e de controlo. Esta ativação automática está relacionada com o sentimento de vulnerabilidade à ameaça e poder do dominante. As respostas submissas podem incluir o esconder, a autculpa, o apaziguamento e a diminuição do afeto positivo (Gilbert, 2004b). Noutro estudo, Gilbert e Miles (2000) descobriram que a autculpa está associada com o sentimento de inferioridade, isto é, culpar e criticar o *eu* pela desvalorização dos outros revelou-se significativamente associado ao sentimento de vergonha e a uma visão do *eu* como inferior; por sua vez, culpar os outros mostrou-se associado a uma visão do *eu* como (relativamente) superior e a uma diminuição da vergonha. Estes dados parecem sugerir uma forte ligação entre a autculpa, a visão do *eu* como inferior e o comportamento submisso. Contudo, as defesas automáticas ativadas pela presença duma ameaça (outro dominante) podem ser ambivalentes, tanto nos humanos como noutros animais. Apesar dos comportamentos de defesa-subordinação desencadearem ansiedade e vergonha, podem também provocar raiva em relação aos outros. Outros estudos comprovaram também que os indivíduos autocríticos apresentaram pontuações elevadas na raiva em relação aos outros (Gilbert & Miles, 2000), sendo

frequente e comum a existência de emoções ambivalentes. Zuroff, Moskowitz e Cote (1999) mostraram, por sua vez, que o autocriticismo encontra-se associado a dificuldades nas relações interpessoais, em parte porque os indivíduos autocríticos são também críticos com os outros. É bem possível que os indivíduos com medo dos outros (rejeição social ou criticismo) possam adotar estratégias de submissão para lidar com a adversidade ou, pelo contrário, procurarem uma elevada posição social, através do controlo social, como forma de se defenderem do medo da inferioridade (dominância insegura) (Gilbert, 1992a). Independentemente da estratégia defensiva usada, segundo Gilbert (2005b), os indivíduos autocríticos, não se sentem seguros, ligados e valorizados pelos outros.

Deste modo, o autocriticismo pode funcionar como uma forma de ensaio interno de uma interação de ataque-submissão que reforça o sentimento de inferioridade (baixo estatuto) e subordinação/submissão.

4.2. Autoataque e autocriticismo como uma perseguição interna

O autocriticismo pode atuar internamente como um sinal hostil, de assédio e *bullying*. É como ter um sistema de monitorização que está constantemente a procurar fragilidades, defeitos e imperfeições, numa atitude de condenação do *eu*. Assim, esta perseguição interna revela-se uma experiência constante e repetida de autoataque e condenação, que gera um sentimento de vergonha (Gilbert, 2004b, 2004c). Os indivíduos que apresentam pensamentos de autoataque negativos ou ouvem vozes hostis e imperativas sentem-se, frequentemente, dominados, encurralados e procuram a todo o custo escapar desta experiência interna (Gilbert et al., 2001). Esta motivação para a tentativa de escape dos nossos próprios pensamentos autocríticos ou sinais/vozes aumenta a vulnerabilidade para a resposta depressiva (Gilbert et al., 2001). Estes resultados indicam que este ensaio interno de permanente ataque e perseguição fortalece os sistemas cerebrais de processamento de ameaça-defesa, e não os de calor, amor e aceitação (Gilbert, 2000a). Noutro estudo Birchwood e colaboradores (1997) mostraram que doentes psicóticos com alucinações auditivas podem experienciar as suas vozes como poderosas e onnipotentes. Tentaram perceber o grau de similaridade entre essas vozes (malévolas e imperativas) e os pensamentos hostis e dominantes dos indivíduos deprimidos e verificaram que não existiam diferenças nos dois grupos de doentes no impacto emocional dos pensamentos e vozes negativos. Os indivíduos deprimidos reconheceram, como esperado, que os seus ataques internos eram produto da sua cabeça, enquanto os indivíduos com vivência alucinatória ouviam os seus ataques como externos (vindos de fora) e mais insultuosos (Gilbert et al., 2001). Birchwood e colaboradores (2000) mostraram também que quanto mais subordinado e diminuído um indivíduo se sente em relação à sua voz interna, mais submisso e subordinado se sente em relação aos outros. Quando o indivíduo se confronta com a possibilidade de desistir do seu autoataque pode ter medo de perder este processo de autorregulação (a sua função), ou seja, de perder o seu sentido de autoidentidade.

O autocrítico pode dirigir-se a diferentes aspetos do *eu*. A crítica interna (que pode ser como um outro dominante) pode advertir e sinalizar a ameaça (e.g., “se não perdes peso ninguém gosta de ti”), pode prestar atenção e identificar falhas ou erros, pode comandar (e.g., “deves parar de comer; não deves mostrar os teus sentimentos”), pode delinear regras condicionais e pode rotular nomes e vergonha (e.g., “tu és patético e inútil”). Estas experiências internas implicam processos cerebrais complexos, com mediadores neurofisiológicos que ativam estratégias implícitas necessárias para o envolvimento com o mundo social, a autorregulação e ligação com as memórias (Gilbert & Irons, 2005). Nesse sentido, Driscoll (1988) sugeriu a existência de várias funções no autocrítico, tais como: atacar primeiro o *eu* antes que os outros o façam, tentar gerar simpatia e autocorreção. Num estudo realizado com o objetivo de avaliar o autocrítico, Gilbert e colaboradores (2004) focaram-se apenas nas duas funções chave do autocrítico: a função de autocorreção, relacionada com o aperfeiçoamento e melhoria dos erros e das imperfeições do *eu*, e a função de ataque e de perseguição do *eu*, cujo objetivo reside no forçar o *eu* a submeter-se à dominância e poder da parte hostil (que funciona como abusadora), recrutando diferentes emoções negativas, como a repugnância, nojo ou aversão. Estas autoexperiências internas evidenciam que deve existir uma parte do *eu* que “faz” o crítico e outra parte que “responde”, o que sugere que existe uma interação entre os diferentes aspetos do *eu* (Gilbert, 2000c, 2005b; Gilbert et al., 2001). Deste modo, esta forma de conceptualizar este processo de autorregulação interna, tem subjacente a três importantes proposições básicas propostas pelo modelo evolucionário (Gilbert, 1989, 1992a): primeira, os seres humanos desenvolveram competências específicas para poderem aprender, compreender e desempenhar papéis sociais (e.g., vinculação, amigo-inimigo, dominante-subordinado ou papéis sexuais); segunda, estas competências operam através de sistemas cerebrais especializados e podem ser influenciadas por hormonas específicas e neurotransmissores (Panskepp, 1998); e, finalmente, a terceira, estas competências que evoluíram para o desempenho e coordenação de papéis sociais na relação com os outros podem ser recrutadas para a relação com o *eu* (autoavaliação) e jogar umas contra as outras (Gilbert, 2000c). Ou seja, as competências e comportamentos específicos da dominância hostil (ameaçar e diminuir os outros, vigilância à violação dos subordinados) e as que funcionam como subordinação e ameaça (concordância recuada, apaziguamento, submissão, fuga) na relação com os outros podem interagir ao nível subjetivo e interno. Assim, neste tipo de relação interna de dominância-subordinação, uma parte do *eu* emite ameaças, críticas e autodesvaloriza-se (vergonha) e a outra parte do *eu* responde, submetendo-se e sentindo-se vencida. A corroborar esta ideia, Whelton (2000) verificou que os indivíduos que apresentam elevado autocrítico submetem-se, quase sempre, aos seus pensamentos autocríticos, expressam faces tristes e envergonhadas, sentem-se fracos e incapazes de contrariar ou de contra-atacar os seus ataques. Dito de outra forma, algumas pessoas sentem-se vencidas e têm que se submeter às suas próprias autocríticas e vergonha, e é a incapacidade de nos defendermos dos nossos próprios ataques que

resulta na depressão (Greenberg et al., 2005; Whelton, 2000). Portanto, estes sinais internos negativos, sob determinadas condições, podem ativar sistemas neurocerebrais que foram desenvolvidos para lidar com ataques, responsáveis pela emissão de comportamentos e emoções de proteção/defesa: comportamentos de submissão e de derrota, ansiedade, raiva (diferentes módulos controlam “os comportamentos de ataque” e os “comportamentos de submissão e defesa de ser atacado”).

Contudo, e apesar do papel importante que o autocriticismo, a autocondenação e auto-desvalorização exercem nas múltiplas formas de psicopatologia tendem a ser tratados como processos individuais que variam em grau e severidade. Gilbert (1997a) sugeriu que o autocriticismo e a autculpa podem surgir: (a) a partir do esforço para melhorar e prevenir erros (autocorreção); (b) por frustração (e.g., magoaste-me profundamente); (c) por um *eu* detestado (que se persegue e não se gosta). As formas e funções do autocriticismo (abordagem multidimensional) podem refletir competências que evoluíram para regular as relações externas (Gilbert, 2000a, 2000b). Atacar o *eu* ou os outros não implica necessariamente rejeição ou desejo de fazer mal ou até de destruir o outro. O modelo de Gilbert postula que as duas funções e razões que levam as pessoas a se autocriticarem e atacarem (autocorreção e autoperseguição) vai determinar as formas que o autocriticismo pode tomar (focar-se na inadequação do *eu* ou no *eu* detestado) (Gilbert, 2000a, 2000b). O autocriticismo e autoataque são tipicamente ativados em situações de erro ou fracasso no atingir de objetivos valorizados. Em contraste ao autocriticismo, podemos ter ou desenvolver, também, capacidades e estratégias de autotranquilização e autocompaixão (Gilbert, 2009c, 2009e, 2009f; Gilbert et al., 2004; Gilbert & Procter, 2006). Estas estratégias de autorregulação estão relacionadas com outro sistema de regulação de afeto, o sistema de *soothing* e afiliação (Gilbert, 2005b, 2007a; Gilbert et al, 2004; Gilbert & Procter, 2005).

Na tentativa de sistematizar este modelo num exemplo clínico, descrevemos o caso de Artur, um jovem adulto que procura ajuda por se sentir deprimido. Apresenta uma história desenvolvimental pautada por abuso físico desde pequeno pelo pai. Na presença deste, a sua estratégia (implícita) de defesa, a submissão inibida, era automaticamente ativada. Ficava ansioso e tendia a ficar quieto, imóvel e longe da fonte de ameaça, o pai. Recorda-se que quando ameaçado se encolhia numa postura defensiva. Para o doente a única forma de proteção possível era a utilização de estratégias defensivas. Ao longo do seu processo de crescimento e formação da sua auto-identidade, o Artur foi tomando consciência das suas tendências automáticas para reagir de forma submissa e inibida em determinadas situações, da sua baixa autoestima e das memórias recorrentes de se sentir ameaçado e subordinado na infância (“o meu pai era mau”). Esta meta-consciência e os seus comportamentos condicionados e automáticos reforçam a sua visão do *eu* como “pessoa medrosa e submissa”. Para além disso, apresenta um elevado autocriticismo e vergonha. Em termos desenvolvimentais, o doente integrou no seu sistema autoavaliativo os rótulos emocionalmente negativos que o pai habitualmente utilizava para o descrever. Aprendeu

que os outros são poderosos e ameaçadores e internalizou uma estratégia defensiva para regular e diminuir a ameaça. O sistema autoavaliativo do Artur desenvolveu-se e amadureceu de acordo com o seu ambiente social na infância, que exigia que ele mantivesse a cabeça baixa e adotasse um perfil defensivo para se proteger (subordinação). Por isso, o seu sistema condicionado de defesa atua como um sistema de aviso (alarme) rápido que sinaliza quando deve ser medrosamente submisso. Este exemplo ilustra com clareza como o autocrítico e o autoataque estão associados a esforços para acalmar o *eu* e o outro (dominante) em situações de conflito (Forrest & Hokanson, 1975 citado por Gilbert, 2000d). De facto, a submissão poderá ser o comportamento mais funcional num contexto de hostilidade, dado que quando a criança exprime raiva e essa raiva gera irritação nos pais ou a retirada do afeto destes, a raiva sentida pela criança pode ficar condicionada à ansiedade. Com o tempo, a criança pode deixar de ter consciência da sua raiva e sentir apenas ansiedade, na presença de situações ou estímulos similares (Ferster, 1973; Gilbert, 1992c, 2000c). No mesmo sentido, Bowlby (1980) apontou que pode ser demasiado ameaçador culpar os pais pelo seu comportamento áspero e ver os pais como maus. É mais seguro culpar o *eu* e monitorizar o comportamento para não despertar a raiva ou a rejeição dos pais. Noutros contextos sociais, curiosamente, encontramos também esta dinâmica a funcionar. Por exemplo, na religião quando as pessoas se culpam a si mesmas (como pecadores), mas não Deus, por (aquilo que é visto como) possíveis punições. Percebe-se, assim, que uma das funções deste processo de autorregulação defensivo (autocrítico) é dirigir a atenção para o *eu*, porque é difícil alterar o comportamento do dominante, especialmente, em situações de encurralamento (e.g., uma criança em casa com os pais). Outro processo de autorregulação distinto deste e fundamental para lidar com situações de ameaça é a autocompaixão.

5. Autocompaixão, como uma relação do *eu* com o *eu* diferente

Gilbert (1989, 2005b) define a autocompaixão com base no legado da psicologia evolucionária e, mais concretamente, da teoria da vinculação. Segundo este autor, a autocompaixão deriva da evolução do sistema fisiológico dos mamíferos subjacente à vinculação e ao comportamento de prestação de cuidados. Muitos primatas, incluindo os humanos, mostram fascinação e vontade de explorar os corpos físicos dos outros (e.g. pais-criança) (Field, 2000). Uma vez que os humanos se tornam conscientes da mente dos outros e desenvolvem autoconsciência, capaz de separar o mundo físico do mundo mental, será crucial e adaptativo envolvermo-nos na investigação e descoberta da nossa mente e da mente dos outros. De facto, os mamíferos e, em particular, os humanos, são sensíveis aos sinais de cuidado, afeto e sofrimento emitidos pelos outros tendo desenvolvido mecanismos de vinculação e ligação aos outros (Gilbert & Procter, 2006). O estado de segurança, ao qual a compaixão está associada, traduz-se numa atitude de calma, tranquilidade e *soothing*, de maior criatividade na resolução dos problemas, assim como em comportamentos ativos de exploração do meio, de afiliação e maior proximidade, interesse e

preocupação com os outros (Gilbert, 2005b; Gillath, Shaver, & Mikulincer, 2005). O sistema de afeto positivo associado à compaixão, focado em sentimentos de afiliação, calor e tranquilização é mediado por sistemas cerebrais e fisiológicos específicos (nos quais a oxitocina parece desempenhar um papel relevante), conferindo tranquilidade por nos sentirmos seguros no mundo e conosco próprios. Este sistema está também ligado à emissão de sinais de cuidado e investimento (toque, expressão facial, tom de voz) por parte dos cuidadores, pela partilha de afeto positivo que estimula o gostar e nos faz sentir pessoas merecedoras de amor, e pela compreensão empática e de aceitação das nossas emoções (Gilbert, 2005b, 2005c; Gilbert et al., 2009; Gilbert, 2009a, 2009c, 2010a). Pelo exposto, percebe-se que as estratégias de autocompaixão relacionam-se com o sistema de vinculação e segurança e traduzem-se num estado interno de calma, comportamentos ativos de exploração, criatividade, de afiliação e cuidado pelo *eu*. Estas estratégias ao estarem mais relacionadas com a mentalidade de prestação de cuidados envolvem o investimento e atenção para com o objeto de cuidado (*eu*), a supressão da agressão para com o mesmo e da responsividade à sua angústia, a avaliação e a satisfação das suas necessidades, assim como a empatia, simpatia e afeto para com este (Gilbert, 2005b).

Perante isto revela-se, então, importante perceber que as experiências precoces de segurança e ameaça contribuem, respetivamente, para a formação e desenvolvimento de um sistema de afeto positivo de calor e compaixão e/ou de um sistema focado na ameaça e na procura de segurança. A existência de uma relação vinculativa segura com as figuras significativas (e.g., pais, pares, entre outros) desenvolve competências e respostas empáticas e compassivas de ajuda aos outros, uma vez que tais experiências proporcionam uma fonte de segurança (*safeness*) e promovem bons modelos de cuidar (Collins & Feeney, 2000; Kuncie & Shaver, 1994; Gillath et al., 2005). Ou seja, a estimulação durante o processo de maturação do sistema de afiliação/calor (experiências de validação emocional, de afeto e de confiança por parte das figuras significativas) contribui para a formação de esquemas *eu-outro* que serão ativados e usados, ao longo da vida, nos contextos de inter-relação, não apenas na formação de laços de afiliação, como também na regulação emocional em situações de *stress* (Baldwin, 2005; Gilbert, 2005b). Pelo contrário, a não disponibilidade das figuras de vinculação impede o desenvolvimento de um sentimento de segurança, surgindo outras estratégias de regulação do afeto como o evitamento e a ansiedade (Gillath et al., 2005; Gilbert, 2005b). Contextos relacionais desta natureza tornam difícil a aprendizagem de capacidades compassivas, tanto na interação com os outros como na relação do indivíduo consigo próprio (Gilbert, 2005b). A autocompaixão é uma atitude emocionalmente positiva com o *eu* que funciona como fator protetor das consequências negativas do autocríticismo, do isolamento, da vivência de derrota, da comparação social negativa e da ruminação (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Gilbert, 2005b; Gilbert et al., 2004; Nolen-Hoeksema, 1991).

6. A terapia focada na compaixão

A terapia focada na compaixão foi construída a partir da abordagem clássica da Terapia Cognitivo-Comportamental e da Terapia Dialético-Comportamental, realçando determinadas estratégias/itens psicoterapêuticos considerados nucleares, tais como: a psicoeducação, o debate socrático, a descoberta guiada, a aprendizagem dos pensamentos e monitorização do afeto, o reconhecimento da sua origem e a sua descentração, a aceitação, o teste empírico das evidências e a prática comportamental. Apesar da terapia cognitivo-comportamental ajudar as pessoas a diferenciarem os pensamentos e os comportamentos disfuncionais, e de ensinar o doente a desenvolver pensamentos alternativos mais funcionais, é frequente o terapeuta ser confrontado com verbalizações do doente no sentido da incongruência entre as cognições alternativas e certos estados emocionais. Ou seja, o doente é capaz de compreender e de gerar pensamentos alternativos, mas isso não significa que a textura emocional tenha mudado (e.g., “sei que não devia culpar-me mas continuo a sentir-me culpado”). Para que o doente acredite na crença de que “é merecedor de ser amado”, tem que vivenciar emocionalmente experiências de “ser amado”. A explicação para este fenómeno pode residir no condicionamento das respostas de ameaça ou em memórias traumáticas negativas. Outra explicação possível, é a de que o sistema de autotranquilização, responsável pelo sentimento de segurança, não está suficientemente estimulado e desenvolvido e, como tal, o doente não consegue sentir-se seguro e protegido, ou, então ainda, a vivência de ameaça é tão poderosa, que o sistema de tranquilização não consegue regular, desativando os *outputs* defensivos.

A mensagem central da terapia focada na compaixão centra-se na ideia que as nossas reações automáticas surgem como resultado de defesas evolutivas, da nossa herança genética, da aprendizagem e condicionamento. O objetivo é ajudar as pessoas a aceitarem as suas reações automáticas, sem autocriticismo, autocondenação ou vergonha. Esta aprendizagem envolve processos metacognitivos (Lynch et al., 2006, Wells, 2000; Gilbert & Irons, 2005), e a ativação de outro sistema de processamento e de regulação de afeto (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Assim, esta abordagem centra-se no desenvolvimento de capacidades de autotranquilização e autoaceitação, o que pressupõe que o doente trabalhe os seus sistemas de regulação de afeto. Com efeito, existem estudos que mostraram que os doentes submetidos a este treino (mente compassiva) apresentaram uma redução significativa na sintomatologia depressiva, ansiosa, vergonha, no autocriticismo e nos comportamentos submissos, assim como um aumento na capacidade de autotranquilização e compaixão pelo *eu*. O Treino da Mente Compassiva não se destina apenas a desafiar ou a reestruturar pensamentos disfuncionais negativos acerca do *eu*, visando, acima de tudo, a descoberta de novos recursos do *eu* e a criação de novos padrões de organização da mente (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006).



Capítulo 3

Objectivos e Metodologia Geral da investigação

Capítulo 3

Objetivos e Metodologia Geral da investigação

São apresentados neste capítulo os objetivos gerais formulados para os diversos estudos empíricos realizados, assim como as etapas gerais da investigação. Procedemos ainda à descrição detalhada da metodologia geral, nomeadamente da caracterização das amostras, do procedimento geral e dos instrumentos de medida utilizados para avaliação dos construtos em estudo.

*“Ai, esta angústia sem fim
Ai, este meu coração
Ai, esta pena de mim
Ai, a minha solidão
Ai, minha infância dolorida
Ai, o meu bem que não foi
Ai, minha vida perdida
Ai, lucidez que me dói
Ai, esta grande ansiedade
Ai, este não ter sossego
Ai, passado sem saudade
Ai, minha falta de apego
Ai de mim, que vou vivendo
Ai, meu grande desespero
Ai, tudo que não entendo
Ai, o que entendo e não quero”*
Amália Rodrigues (1999)

1. Fundamentação, objetivos e etapas da investigação

1.1. Fundamentação

Como já referido na introdução tem-se assistido nos últimos anos a um enorme interesse e entusiasmo pela compaixão, atendendo ao número de artigos, livros *workshops* e conferências sobre o tema. Gilbert (2005b, 2009b) propõe que a única forma de lidar com memórias emocionais negativas, com a experiência de vergonha e autocriticismo e com contextos hostis e adversos é aprender a desenvolver competências relacionadas com o sistema de afeto positivo, a compaixão pelo *eu* e pelos outros. A investigação tem mostrado que a forma como nos relacionamos connosco próprios (de uma forma crítica ou pelo contrário com gentileza e com bondade) influencia a forma como lidamos com as dificuldades da vida e com o nosso bem-estar e felicidade. A Teoria das Mentalidades Sociais postula que os seres humanos têm sistemas de processamento social que se desenvolveram (fruto do processo de evolução, seleção e adaptação), que reagem e são sensíveis aos sinais sociais emitidos pelos outros (Gilbert, 1989, 2000c). Constituem a base dos esquemas interpessoais, a partir dos quais pode ocorrer a regulação do *eu*. Como já descrito, o autocriticismo é uma forma de relação do *eu* com o *eu* em que uma parte do *eu* descobre defeitos, acusa e condena ou mesmo odeia e a outra parte se submete, o que sugere que existe uma interação entre os diferentes aspetos do *eu*. As qualidades patogénicas do autocriticismo estão, então, ligadas a dois processos básicos: o grau de hostilidade, desprezo e repugnância autodirigida subjacente (Gilbert, 2000c; Zuroff et al., 2005; Whelton & Greenberg, 2005) e a incapacidade relativa de gerar sentimentos de calor, tranquilização e aceitação para com o *eu* (Gilbert et al., 2004; Neff, 2003a). Ainda que a redução da hostilidade autodirigida e das cognições autocríticas seja importante, recentes investigações mostraram que não é suficiente, sendo o desenvolvimento de competências de autocompaixão igualmente fundamental (Gilbert & Procter, 2006). Os resultados promissores obtidos nos vários estudos realizados sobre a utilização de imagens de autocompaixão pelos indivíduos com elevado autocriticismo e vergonha (Gilbert & Irons, 2004; Gilbert et al., 2006; Lee, 2005) justificam que o sistema de autoprocesso da compaixão e aceitação seja melhor investigado. É, pois, neste cenário teórico e empírico que surge esta dissertação. Apesar dos conceitos do autocriticismo e autocompaixão não serem novos, em Portugal são construtos novos e recentes, não existindo investigação sobre estes processos autoavaliativos e sua relação com outros construtos, em amostras não clínicas específicas e, sobretudo, em amostras clínicas. Atualmente, existem alguns estudos publicados e investigação a decorrer nesta área, no Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra sob a orientação do Professor Doutor José Pinto-Gouveia, com contribuições importantes para o estado da arte.

Foram definidos, então, três objetivos gerais para esta investigação subjacentes à implementação dos estudos empíricos delineados, com o recurso a diferentes metodologias.

1.2. Objetivos gerais

Como tivemos oportunidade de explanar, apesar da crescente proliferação de estudos e de interesse na comunidade científica pelo autocrítico *versus* autocompaixão permanecem ainda questões importantes por responder e clarificar. Evidência empírica considerável tem demonstrado a contribuição de determinados construtos sócio-cognitivos para a compreensão da psicopatologia, quer do Eixo I (e.g., sociotropia – autonomia; Blatt et al., 1982; Blatt & Zuroff, 1992), quer do Eixo II (e.g., esquemas precoces maladaptativos, perfeccionismo; Dunkley et al., 2003; Young et al., 2003). A maioria dos estudos que investigaram a relação entre o autocrítico e a psicopatologia utilizaram o conceito de autocrítico numa perspetiva unidimensional. À luz da teoria das mentalidades sociais e do modelo de *ranking* social, tal como outros construtos sócio-cognitivos, o autocrítico possui uma estrutura multidimensional, com formas e funções, que se associam de forma diferenciada com a psicopatologia. Partindo desta evidência empírica (extensamente descrita na revisão da literatura, Capítulo 2) permanecem por responder algumas questões relevantes, nomeadamente: a fenomenologia do autocrítico e da autocompaixão, a sua origem desenvolvimental, a sua relação com o *ranking* social (e.g., vergonha, comparação social e comportamentos de submissão) e a sua contribuição para a psicopatologia. Dito de outra forma, continua por esclarecer em que medida a vulnerabilidade para a psicopatologia se deve apenas a um estilo de processamento autocrítico ou à incapacidade para acionar um estilo autocompassivo, que mecanismos ativam ou inibem as diferentes formas de autocrítico e autocompaixão, qual o contributo destes dois processos de autorregulação emocional, quer na população não clínica, quer em quadros clínicos específicos (o que constitui uma limitação dos estudos atuais), que não a depressão. Com base na ideia de que determinadas competências e estratégias evoluídas para a formação e desempenho de papéis sociais são, muitas vezes, recrutadas para a autoavaliação é possível que os indivíduos possam adotar estas várias orientações na sua relação do *eu* com o *eu*. Estes diálogos internos são representações internas das relações sociais. As pessoas podem ser autocríticas para corrigir o seu comportamento, ou porque têm um *eu* detestado, ou podem simplesmente ser, relativamente, calorosas e tranquilizadoras consigo próprias (autocompaixão).

Assim, o objetivo principal desta investigação é estudar o autocrítico e a autocompaixão ao nível da sua origem desenvolvimental e no papel que estas experiências autoavaliativas desempenham na vulnerabilidade e manutenção da psicopatologia. Foram definidos três objetivos gerais, de modo a compreendermos melhor estes processos de autorregulação interna, que passamos a enumerar.

O primeiro objetivo prende-se com a necessidade de aferir e validar para a população portuguesa as medidas de autorresposta que medem os construtos chave desta dissertação: autocrítico e autocompaixão. Pretende-se estudar a dimensionalidade das medidas, confirmando a natureza multidimensional do autocrítico (formas e funções) e da auto-

compaixão (componentes). Os estudos referentes à validade de construto, convergente e divergente e de sensibilidade discriminativa permitirão validar os construtos de autocrítico e autocompaixão e a importância da sua utilização em contexto clínico. O segundo objetivo visa explorar a fenomenologia do autocrítico e da autocompaixão e os fatores que influenciam o seu desenvolvimento. Procura-se testar a Teoria das Mentalidades Sociais e o modelo do *Ranking* Social, que postula que o autocrítico está associado a ecologias hostis (e.g., abuso infantil), recrutando *outputs* defensivos (e.g., emoções negativas e submissão) similares aos usados nas interações externas sociais (Gilbert, 1989, 1993, 2000c). Estudos empíricos realizados nos últimos vinte anos têm consistentemente mostrado o impacto das experiências precoces na infância com as figuras de vinculação na maturação biológica, na regulação emocional, na construção de modelos internos do *eu* e dos outros e no desenvolvimento de vulnerabilidade para a psicopatologia (Baldwin, 1992, 2005; Baldwin & Dandeneau, 2005; Collins et al., 2000a, 2000b; Schore, 1994, 2001). Gilbert (1992b, 2000d; Gilbert & Irons, 2005; Irons et al., 2006) sugeriu que certo tipo de experiências e estilos vincutivos levam a uma orientação interna autocrítica, a uma procura de reconhecimento por parte dos outros e a uma atitude competitiva no atingir de recursos e objetivos valorizados. Os seus resultados mostraram que experiências negativas na infância (submissão) e estilos de vinculação insegura atuam na sintomatologia depressiva através das variáveis de *ranking* social (comparação social e submissão). Partindo deste conhecimento teórico e empírico, impunha-se testar a forma como determinadas interações interpessoais precoces (negativas e positivas) contribuem para o desenvolvimento das experiências autoavaliativas em estudo. Testou-se esta hipótese geral com o recurso a várias medidas de autorresposta que avaliam as memórias emocionais na infância, no sentido de encontrar um padrão comum de experiências precoces desenvolvimentais mais relacionadas com a formação do autocrítico e da autocompaixão, assim como o impacto diferencial das figuras parentais (mãe e pai). Por fim, avaliou-se ainda o papel mediador do autocrítico e da autocompaixão na relação entre as experiências na infância, a psicopatologia e as variáveis de *ranking* social. Estes estudos foram implementados em amostras não clínicas (estudantes e população geral). Todos estes resultados estão apresentados no Capítulo 5. No que concerne à população clínica, e com base nos resultados obtidos nas amostras não clínicas (cf. Capítulo 5), optou-se por fazer um estudo diferente, mas complementar, visando mostrar que a ativação de afeto negativo (sistema de defesa-ameaça) e a diminuição de afeto positivo (sistema de *soothing* e *drive*/procura de recursos) influenciam a relação entre as experiências na infância e as formas do autocrítico e autocompaixão. As razões para esta opção, ao invés de replicar os referidos estudos na população clínica, prendem-se, por um lado, com a parcimónia na apresentação dos dados (não acrescentam nada ao estado da arte, apenas confirmam que as ligações entre as variáveis em estudo serão mais expressivas) e, por outro lado, pelo carácter inovador do estudo, ao incluir uma medida de avaliação dos *outputs* emocionais do sistema de regulação de afeto (cf.

Capítulo 7). Sabemos que as experiências precoces, independentemente da valência, são experiências de textura emocional, e é a ativação (automática) de afeto negativo ou positivo que contribuirá para a emergência de um determinado estado da mente, autocrítico *versus* autocompassivo. Parece-nos um estudo fundamental para a compreensão da fenomenologia destes processos de relação interna, associado ao facto de nunca ter sido empiricamente testado.

O terceiro objetivo visa explorar o papel significativo e explicativo do autocriticismo e da autocompaixão na psicopatologia. Apesar de existirem estudos que confirmam a sua relevância como um fator importante de vulnerabilidade para a psicopatologia, a sua relação e o seu efeito carecem ainda de suporte empírico sistemático. O primeiro estudo do conjunto de dois estudos integrados neste objetivo prende-se com o testar o efeito mediador do autocriticismo e da autocompaixão na relação entre vergonha externa e a psicopatologia, numa amostra não clínica (cf. Capítulo 6). O segundo estudo pretende compreender o papel explicativo do autocriticismo e da autocompaixão para a “experiência *borderline*”. Ou seja, visa explorar o peso diferencial das formas do autocriticismo e da autotranquilização na propensão para a manifestação de comportamentos de autodano nos doentes com patologia *borderline*. No Capítulo 8 está apresentado este estudo.

1.3. Etapas da investigação

Esta investigação obedeceu, temporalmente, a três etapas/fases distintas: a primeira referente ao desenvolvimento de medidas de avaliação dos construtos em análise, a segunda ao processo de definição e constituição das amostras não clínica e clínica, para a concretização de cada um dos estudos constituintes da dissertação e, finalmente, a terceira etapa respeitante à análise e tratamento estatístico dos dados e à apresentação dos resultados, de acordo com os objetivos e estudos delineados.

Etapas 1

Esta etapa implicou várias tarefas para a sua concretização:

- a) Pesquisa bibliográfica relativa ao tema (literatura científica, pesquisa em bases de dados, publicações periódicas, monografias);
- b) Aprofundamento da revisão da literatura, definição dos objetivos da investigação, seleção e caracterização das amostras, operacionalização das variáveis e escolha dos respetivos instrumentos de medida;
- c) Pedido de autorização aos autores das medidas de autorresposta selecionadas não traduzidas e aferidas para a população portuguesa, tendo em vista a sua tradução e/ou aferição e aplicação;
- d) Estabelecimento de contactos e pedidos de autorização às instituições (Comissões de ética) onde serão recolhidas as várias amostras;

- e) Estudos psicométricos preliminares:
 - i) Tradução e adaptação dos instrumentos de avaliação das formas e funções do autocriticismo, da autocompaixão e dos comportamentos de submissão no adulto;
 - ii) Recolha de dados para a validação e aferição das medidas;
 - iii) Estudo das propriedades psicométricas das referidas medidas para a população portuguesa.

Etapla 2

A segunda etapa pressupôs o trabalho de recolha da amostra não clínica e amostra clínica e o refinamento dos objetivos específicos para cada estudo proposto. No que concerne à amostra clínica foram reformuladas as condições e método de recolha, assim como as perturbações prioritárias alvo de análise. Como explicitado no ponto 1.2., o objetivo principal desta investigação é compreender a natureza e função do autocriticismo e autocompaixão e sua relação com a psicopatologia, à luz da abordagem evolucionária. Pelo exposto, fazia sentido recolher uma amostra clínica alargada com várias perturbações do Eixo I e do Eixo II que permitisse estudar estes construtos. A maioria dos estudos do autocriticismo e autocompaixão tem sido realizado na depressão major e os seus resultados, embora apontando a sua importância, não permitem separar, claramente, o autocriticismo como sintoma depressivo do autocriticismo como traço disposicional (o mesmo para a autocompaixão). Concretamente, o estudo destes dois construtos numa amostra mista de doentes e em amostras mais específicas (e.g., patologia *borderline*) permitirá responder a questões omissas nos estudos destas perturbações já publicados, aprofundar o conhecimento das referidas patologias e aperfeiçoar os protocolos e estratégias de intervenção terapêutica vigentes. As tarefas incluídas nesta etapa foram:

- a) Constituição e recolha das amostras: população não clínica e clínica. A amostra clínica engloba patologia do Eixo I e do Eixo II, com especial destaque para a recolha de doentes com Perturbação *Borderline* da Personalidade;
- b) Construção das bases de dados para cada estudo e tratamento estatístico dos dados;
- c) Continuação da revisão da literatura e da pesquisa bibliográfica.

Etapla 3

A última etapa deste processo contemplou os seguintes passos:

- a) Análise e tratamento estatístico dos dados recolhidos, em ambas as amostras;
- b) Descrição dos resultados e discussão dos mesmos de acordo com a revisão da literatura, elaboração das conclusões, das limitações e dos possíveis desenvolvimentos futuros.

2. Metodologia

2.1. Procedimento geral de recolha de dados

Na descrição deste ponto, para facilitar a compreensão da forma como os dados foram recolhidos, optou-se por apresentar em separado os processos de recolha das amostras, até porque a recolha da amostra clínica se revelou mais complexa e morosa. Por outro lado, dado que cada capítulo apresenta um ponto referente ao procedimento, descrito com os aspetos relevantes, iremos apenas apresentar uma descrição geral e sumária do mesmo.

Em relação à recolha das amostras não clínicas (estudantes universitários e população geral), esta realizou-se maioritariamente nas zonas Centro e Norte do País. Os estudantes universitários recolhidos para os sete estudos apresentados (cf. Capítulos 4, 5 e 6) pertencem à Universidade de Coimbra, Universidade de Aveiro, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra e Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte. Para a concretização de algumas recolhas foram solicitadas autorizações dos Concelhos Pedagógicos de determinadas Faculdades, nomeadamente Ciências, Economia e Direito da Universidade de Coimbra. A recolha de escalas definida para cada estudo foi feita no fim de cada aula, após o consentimento do respetivo docente. A participação era totalmente voluntária. No que diz respeito à população geral, os sujeitos participantes foram recrutados nos distritos do Porto, de Aveiro e de Coimbra, oriundos de várias instituições públicas, fábricas, escolas, e de familiares e amigos. Estes indivíduos preencheram um protocolo de questionários de autorresposta, dando o seu consentimento informado para participação nos estudos e tratamento dos dados.

Para a constituição da amostra de doentes com perturbações psiquiátricas, foram contactadas diversas instituições hospitalares com serviço de saúde mental da Região Centro, nomeadamente os Hospitais da Universidade de Coimbra, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, o Hospital Arcebispo João Crisóstomo de Cantanhede; o Hospital de São Teotónio de Viseu e o Hospital de Infante D. Pedro de Aveiro; da Região Norte, o Hospital Magalhães de Lemos; e ainda o Hospital Cova da Beira, na Covilhã. Adicionalmente, foram contactados também os serviços de Ação Social da Universidade de Coimbra (Consulta de Apoio Psicológico) e o Gabinete de Psicologia dos Serviços e Ação Social do Instituto Politécnico de Coimbra. Uma minoria dos doentes e, particularmente, os doentes com perturbação *borderline* da personalidade, foi recrutada em consultórios privados de psicoterapia, de terapeutas experientes (Coimbra, Porto e Lisboa). Foram solicitadas as autorizações formais às Direções Clínicas dos Serviços de Psiquiatria dos hospitais participantes e elaborados previamente os pedidos de autorização às respetivas Comissões de Ética (Anexo 1). Uma vez obtida a devida autorização, foram contactados os clínicos de referência (psicólogos clínicos e psiquiatras) para o encaminhamento dos doentes para o estudo. Previamente à recolha, a investigadora explicou aos terapeutas responsáveis os objetivos do estudo, assim como o tipo de patologias psiquiátricas pretendidas. A participação dos doentes foi voluntária e a cada um

previamente explicada a natureza e os objetivos da investigação. A avaliação e confirmação diagnóstica foram feitas mediante a passagem de entrevistas estruturadas validadas, nomeadamente a Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações do Eixo I do DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* – SCID I; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997), a Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações de Ansiedade do DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* – ADIS-IV; DiNardo, Brown, & Barlow, 1994), a Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* – SCID II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) e a Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação do Índice de Severidade da Perturbação *Borderline* da Personalidade (*Borderline Personality Disorder Severity Index* – BPDSI-IV; Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch, & de Bie, 2003). Com os doentes diagnosticados com patologia *borderline*, a recolha processou-se de forma ligeiramente diferente, pelas características deste quadro clínico. O tempo de aplicação das entrevistas e o preenchimento das escalas foi mais longo tendo sido necessário, em alguns casos, a presença do investigador para o correto preenchimento das medidas. As entrevistas clínicas foram feitas por terapeutas treinados e experientes na passagem destes instrumentos de avaliação diagnóstica. Os critérios de exclusão para a amostra clínica foram a presença de doença psicótica ou bipolar, de dependência ou abuso de substâncias, de défice cognitivo e/ou baixa escolaridade e dificuldades marcadas na compreensão dos itens das medidas utilizadas.

3. Instrumentos de medida

O interesse e a curiosidade relativos aos construtos em análise associados a uma história de prática clínica e de reflexão sobre a mesma contribuiu e determinou profundamente a pesquisa e o processo de decisão das medidas a usar. A pesquisa bibliográfica efetuada facilitou o acesso aos instrumentos de medida necessários à operacionalização dos estudos empíricos. Após análise aprofundada das suas características psicométricas e contactos realizados com os autores originais de alguns instrumentos, optou-se pela utilização de determinados instrumentos que passamos a descrever, com a indicação da respetiva finalidade.

Foram utilizados instrumentos de medida de dois tipos: (1) entrevistas clínicas estruturadas para eliciação de informação que permitisse a avaliação diagnóstica e a realização do diagnóstico, bem como a identificação de condições comórbidas (apenas para a amostra clínica), e (2) questionários de autorrelato para avaliação dos construtos em estudo e das dimensões e sintomas de psicopatologia.

Para avaliação e mensuração do diagnóstico

Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações do Eixo I do DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – SCID I; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997)

A SCID I (First et al., 1997; versão portuguesa de Maia, Pinto-Gouveia, & Carvalho, 2006) é uma entrevista semi-estruturada de diagnóstico, administrada por um entrevistador experiente, desenhada especificamente para diagnosticar as principais perturbações do Eixo I, de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1994). Em 1994, com a publicação, pela Associação Americana de Psiquiatria, da 4ª ed. do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV), as questões da SCID foram adaptadas para os critérios propostos pelo DSM-IV, sem qualquer mudança ao nível da sua estrutura básica. É constituída por um conjunto de questões organizadas em módulos para cada uma das perturbações do Eixo I (perturbações de humor, esquizofrenia e perturbações psicóticas, perturbações de uso de substâncias, perturbações de ansiedade, perturbações somatoformes, perturbações alimentares e perturbações de ajustamento). Em termos de estrutura, esta entrevista começa por recolher informação topográfica mais geral, relacionada com os dados biográficos, história profissional, queixa principal, história presente e passada de períodos em que existiu psicopatologia, história de tratamento e avaliação do funcionamento atual. Todas estas questões iniciais incentivam a colaboração do indivíduo e a construção de uma relação com o entrevistador que poderá facilitar a continuidade da recolha de informação. Acresce dizer que as questões permitem ainda a avaliação dos acontecimentos de vida e situações indutoras de *stress*, itens extremamente úteis na interpretação das respostas às questões subsequentes. Os critérios diagnósticos estão presentes no próprio corpo do instrumento, facilitando a elaboração do diagnóstico à medida que a entrevista progride. Isto é, ao longo da entrevista junto a cada questão é fornecido o critério do DSM-IV que lhe corresponde e que deverá ser preenchido num formato composto por três colunas: (1) ausente ou falso; (2) subclínico (presente, mas não considerado pelo seu caráter subclínico); e (3) verdadeiro (presente e com duração ou severidade clinicamente significativa). As respostas do indivíduo permitem o registo do número de critérios que preenche para cada perturbação em análise e a obtenção de um perfil diagnóstico. Uma das características fundamentais da SCID-I é que, embora as perguntas sejam estruturadas, a pontuação obtida refere-se à avaliação clínica do entrevistador, em relação à presença ou não de determinado critério, e não à resposta em si dada pelo indivíduo.

Desde a sua construção e desenvolvimento que a SCID I é considerada um instrumento *standard* de avaliação com uma utilização ampla quer na área da clínica, incluindo em estudos epidemiológicos transnacionais (Spitzer et al., 1992; Williams et al., 1992a) e de

tratamento (Williams et al., 1992b; Weissman et al., 1996), quer na área da investigação. No que concerne às suas características psicométricas, até à data, realizaram-se três estudos relativos à fidedignidade inter-observadores (Martin, Pollock, Bukstein, & Lynch, 1999; Zanarini & Frankenburg, 2001; Zanarini et al., 2000). Um deles, levado a cabo por Zanarini e colaboradores (2000), numa amostra de 27 doentes com patologia psiquiátrica, em contexto ambulatorio, mostrou uma excelente concordância inter-observadores para o diagnóstico de Perturbação de Abuso/Dependência de Álcool ($kappa^1 = 1.0$), Perturbação de Abuso/Dependência de Substâncias ($kappa = 1.0$), Perturbação Depressiva Major ($kappa = .80$), Distúrbios Alimentares ($kappa = .77$) e Perturbação Distímica ($kappa = .76$). Outro estudo de Zanarini e colaboradores (2000), numa amostra de 52 doentes com recurso à metodologia teste-reteste, encontrou valores de concordância muito bons para a Perturbação de Abuso/Dependência de Álcool ($kappa = .77$), Perturbação de Abuso/Dependência de Substâncias ($kappa = .76$) e Perturbação de Stress Pós-Traumático ($kappa = .78$). Em todos estes estudos os valores de $kappa$ variaram de satisfatórios a excelentes, apesar da existência de algumas limitações metodológicas (número limitado de sujeitos, o que inviabiliza a estimação da fidedignidade para todas as perturbações específicas, a utilização de amostras muito específicas (e.g., abuso de substâncias), a não utilização de ambas as entrevistas, SCID I e SCID II, na mesma amostra). Na tentativa de colmatar estas lacunas, Lobbetael e Arntz (2010) propuseram-se estudar a fidedignidade inter-observadores da SCID I e SCID II numa amostra mista (doentes internados, doentes em ambulatório e normais) das perturbações específicas do Eixo I (e não apenas as categorias principais, perturbações de humor e de ansiedade). Encontraram uma robusta fidedignidade e precisão nos diagnósticos de Fobia Social ($kappa = .83$), Perturbação Distímica ($kappa = .81$), Fobia Específica ($kappa = .80$), Perturbação de Stress Pós-Traumático ($kappa = .77$), Perturbação de Abuso/Dependência de Substâncias ($kappa = .77$) e Perturbação de Ansiedade Generalizada ($kappa = .75$).

A SCID I foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Maia, Pinto-Gouveia e Carvalho (2006). Embora não tenhamos conhecimento de estudos realizados em Portugal para a sua validação, tem sido com frequência utilizada em várias investigações (e.g., Rijo, 2009). No Anexo 2, apresentam-se apenas as folhas iniciais de cotação da SCID I, pela extensão da entrevista.

¹ A fidedignidade para construtos categoriais, como os diagnósticos avaliados pela SCID, é calculada através do coeficiente $kappa$,¹ que mede a proporção de concordância diagnóstica observada entre avaliadores, corrigindo a proporção de concordância casual normalmente esperada. Valores de $kappa$ acima de .75 refletem uma concordância excelente; valores entre .41-.75 indicam uma concordância satisfatória (justa) e valores abaixo de .40 concordância pobre ou insatisfatória.

Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações de Ansiedade do DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV – ADIS-IV*; DiNardo, Brown, & Barlow, 1994)

A ADIS-IV (DiNardo et al., 1994) é uma entrevista semi-estruturada construída para a avaliação das perturbações de ansiedade do DSM, e das perturbações com mais frequência associadas a estas (depressão major e distímia), cujo objetivo último é o estabelecimento do diagnóstico diferencial entre as diversas perturbações de ansiedade, de acordo com os critérios presentes no DSM-IV. Inclui secções para o diagnóstico de perturbações do humor, somatoformes e de abuso de substâncias, dada a sua elevada comorbilidade com as perturbações ansiosas.

No que concerne à estrutura, a ADIS IV começa por recolher informação mais geral: demográfica, descrição acerca do problema atual e informação sobre acontecimentos de vida geradores de *stress*. Esta secção introdutória é seguida por outras secções que avaliam a presença de perturbações do Eixo I. Começa-se pelas perturbações de ansiedade (perturbação de pânico, agorafobia, fobia social, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva, fobia específica, perturbação de *stress* pós-traumático e perturbação aguda de *stress*), seguem-se as perturbações de humor, as perturbações somatoformes, o abuso/dependência de álcool e o abuso/dependência de substâncias. Esta entrevista inclui também questões de despistagem de perturbações psicóticas, sintomas conversivos e história psiquiátrica familiar. Relativamente a cada uma das secções, estas incluem questões de avaliação dos critérios de diagnóstico do DSM-IV, sendo que as referidas questões podem ser respondidas de forma dicotómica com um “Sim” ou “Não”. A resposta afirmativa nas questões iniciais é seguida por questões mais pormenorizadas e aprofundadas acerca do problema, e a resposta negativa indica a passagem para a secção seguinte. As perturbações são, na sua globalidade, caracterizadas pela intensidade do medo, frequência do evitamento, níveis de perturbação e de interferência. A severidade é mensurada numa escala de 9 pontos, em que zero (0) pontos corresponde a ausência de medo e evitamento, e nove (9) pontos significa máximo de medo e evitamento. No fim de cada secção são feitas algumas perguntas relativas à etiologia e idade de início da perturbação.

Os estudos de fidedignidade apontam-na como um instrumento excelente (Brown, DiNardo, Lehman, & Campbell, 2001; DiNardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993). Os resultados obtidos pelos autores citados mostraram que para, praticamente todas as categorias de diagnóstico, a fidedignidade variou de boa a excelente, apresentando valores de *kappa* entre .60 e .86.

Em síntese, e em comparação com outras entrevistas semi-estruturadas (e.g., SCID I), a ADIS-IV apresenta várias vantagens. Fornece informação mais detalhada das condições que avalia, na medida em que inclui uma avaliação dimensional dos sintomas, questões acerca

de um maior número de subtipos de sintomas e questões sobre a etiologia e idade de início. Partindo do conhecimento destas vantagens, optou-se pela utilização da secção da ADIS-IV referente à avaliação da Fobia Social (Anexo 2) para completar e apurar o diagnóstico, uma vez que esta perturbação de ansiedade constitui uma das perturbações-alvo da investigação. As desvantagens prendem-se com a morosidade na sua administração e quando comparada com a SCID I, avalia um menor número de perturbações. No Anexo 2, apresentam-se apenas as folhas iniciais de cotação da ADIS IV e a secção da Fobia Social, tendo em conta a expressiva extensão da entrevista.

Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders – SCID II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997)

A SCID II (First et al., 1997; versão portuguesa, autorizada para investigação de Pinto-Gouveia, Matos, Rijo, Castilho, & Salvador, 1999) é uma entrevista de diagnóstico semi-estruturada, cuja finalidade é avaliar as dez Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV, bem como a Perturbação de Personalidade Depressiva e a Perturbação de Personalidade Passivo-Agressiva (incluídos no Apêndice B do DSM-IV). Pode ser utilizada para fazer diagnósticos do Eixo II categorialmente (presente ou ausente) ou dimensionalmente (através do registo do número de critérios que para cada diagnóstico foi preenchido). Quando se aplica a SCID II para a avaliação diagnóstica da patologia da personalidade é comum o preenchimento prévio do Questionário de Personalidade, pela vantagem que oferece no tempo de realização da entrevista. Por norma, a SCID II é administrada na íntegra, no entanto, é possível usar apenas secções para avaliar perturbações de personalidade de interesse particular. A estrutura desta entrevista é similar à SCID I. Ou seja, começa com uma breve avaliação das características gerais da personalidade e que inclui: o padrão geral de funcionamento do indivíduo, a natureza e qualidade das suas relações interpessoais e alguma informação acerca da sua capacidade de autorreflexão. O passo seguinte corresponde ao questionamento mais específico e detalhado, consonante com os critérios do DSM-IV para o Eixo II. Ao longo da entrevista, as respostas do indivíduo permitem definir se este não possui o critério (1), se possui mas não em grau suficiente (2), ou se possui em grau suficiente para que seja cotado (3). Ou seja, as respostas são cotadas em 1, 2, 3 códigos que o entrevistador deve registar na própria entrevista. A cotação “3” indica que existe evidência suficiente de que a característica descrita no item é patológica, persistente e pervasiva. Na eventualidade da informação obtida não permitir decidir da presença de determinado critério clínico deve ser assinalado, sublinhando o sinal “?”. Tal como na SCID I, as cotações refletem a presença ou ausência dos critérios de diagnóstico, e não apenas as respostas às questões formuladas. No final da entrevista, são contados os critérios obtidos pelo indivíduo, colocando-se os números

dos critérios preenchidos para cada diagnóstico num quadro sumário para o efeito. O quadro sumário ilustra o perfil de patologia de personalidade no conjunto das Perturbações de Personalidade avaliadas. Por fim, o entrevistador deve assinalar qual a Perturbação de Personalidade que considera ser principal ou com mais relevância clínica. Adicionalmente, e se assim o entender, o entrevistador pode recolher informação clinicamente relevante de outras fontes (outros significativos e/ou com o terapeuta responsável pelo doente).

Estudos relativos à fidedignidade inter-observadores e teste-reteste da SCID II mostraram valores de *kappa* satisfatórios a excelentes para a maioria das perturbações do Eixo II (Maffei et al., 1997; Zanarini et al., 2000). Noutro estudo, mais recente, as perturbações de personalidade avaliadas categorialmente ou dimensionalmente mostraram concordâncias inter-observadores excelentes (Lobbestael et al., 2010; Weertman, Arntz, Dreessen, Velzen van, & Vertommen, 2003).

No nosso estudo, foi utilizada a versão portuguesa da SCID II (Pinto-Gouveia et al., 1999), tradução autorizada para investigação pelos autores. No Anexo 2, são apresentadas as folhas iniciais e a folha de cotação da SCID II.

Questionário de Personalidade da SCID II (*SCID II Personality Questionnaire*; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997)

O Questionário de Personalidade da SCID II (First et al., 1997; versão portuguesa, autorizada para investigação de Pinto-Gouveia et al., 1999) é um instrumento de autorresposta composto por 119 questões que avaliam todos os critérios clínicos das Perturbações de Personalidade do DSM-IV, bem como os critérios para Perturbação de Conduta (necessários ao diagnóstico de Perturbação de Personalidade Anti-Social) (APA, 1994). Trata-se de um questionário que não deve ser administrado em separado da SCID II, cuja finalidade última é apenas facilitar a avaliação diagnóstica da patologia do Eixo II pela entrevista já descrita acima. O indivíduo deve responder numa grelha binária de resposta “Sim” ou “Não”, conforme se tem comportado e sentido (ou não) nos últimos anos da sua vida. A resposta fica em branco caso o indivíduo não compreenda na íntegra o conteúdo da pergunta. Utilizámos, no nosso estudo, a versão portuguesa do Questionário de Personalidade da SCID II (Pinto-Gouveia et al., 1999). O questionário é apresentado no Anexo 2.

Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação do Índice de Severidade da Perturbação Borderline da Personalidade (*Borderline Personality Disorder Severity Index – BPDSI-IV*; Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch, & de Bie, 2003)

O BPDSI-IV (Arntz et al., 2003; versão portuguesa autorizada para validação de Duarte, Rijo, & Pinto-Gouveia, 2007) é uma entrevista semi-estruturada adaptada da versão

original desenvolvida por Weaver e Clum (1993)². Baseada no DSM-IV, é constituída por 70 itens organizados em nove subescalas, representando os nove critérios do DSM-IV para a perturbação *borderline* da personalidade. As subescalas constituintes são: Abandono, Relações Interpessoais, Identidade, Impulsividade, Comportamento Parasuicida, Instabilidade Afetiva, Sentimentos de Vazio, Raiva e, por último, Dissociação e Ideação Paranoide. Mede a frequência e severidade dos sintomas *borderline* nos últimos 3 meses.

O BPDSI-IV³ é um instrumento que permite avaliar manifestações recentes dos sintomas *borderline*, de forma detalhada, produzindo não só pontuações dimensionais para cada um dos 9 critérios da DSM-IV, mas também uma pontuação total e pontos de corte. As pontuações de severidade obtidas por critério são fidedignas. O entrevistador, um clínico experiente (condição fundamental), começa por explicar ao sujeito que a entrevista em causa avalia determinadas vivências e experiências que possa ter tido nos últimos 3 meses da sua vida.

A frequência de cada item nos últimos 3 meses é cotada numa escala de 11 pontos (0 = Nunca; 10 = Diariamente). A mesma escala aplica-se também aos itens para os quais uma frequência elevada é improvável. Os itens pertencentes à perturbação de identidade constituem uma exceção e são cotados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 = Ausente; 4 = Ideia dominante, clara e bem definida de não saber quem é). As pontuações dos critérios (referentes aos 9 critérios da DSM-IV) são calculadas pela média dos itens de cada critério. A pontuação total corresponde ao somatório das pontuações dos 9 critérios referidos acima (*range*/intervalo 0-90) – Índice de Severidade da PBP (Arntz et al., 2003) e representa uma pontuação dimensional de severidade da patologia *borderline*, num determinado período.

Os estudos referentes às qualidades psicométricas da entrevista foram, num primeiro estudo, efetuados com a versão original ligeiramente adaptada, numa amostra mista de doentes psiquiátricos ($N = 43$); num segundo estudo, com a versão revista, numa amostra de doentes com PBP ($N = 64$), controlos psiquiátricos ($N = 23$) e não psiquiátricos ($N = 20$) (Arntz et al., 2003). A entrevista, no primeiro estudo, revelou uma excelente fidedignidade inter-observadores ($ICC = .93$), elevada consistência interna para o total do grupo ($\alpha = .82$) e boa precisão e validade. Os índices de fidedignidade aumentaram no segundo estudo com a segunda versão ($ICC = .97$; $\alpha = .93$). Os totais do grupo de doentes *borderline* foram signifi-

² Weaver e Clum (1993) não descreveram as propriedades psicométricas da entrevista, embora tenham demonstrado a relação forte entre a patologia *borderline* e o abuso sexual na infância (Arntz et al., 2003).

³ O diagnóstico das perturbações de personalidade melhorou significativamente com o desenvolvimento de entrevistas semi-estruturadas numa perspetiva a longo-prazo (Giesen-Bloo, Wouters, Schouter, & Arntz, 2010; Weertman et al., 2003). A instabilidade dos sintomas *borderline* levou à construção de um instrumento que permitisse avaliar a PBP numa perspetiva a curto-prazo. É neste contexto que nasce o BPDSI-IV (Giesen-Bloo et al., 2010).

cativamente superiores aos dos outros grupos. A fidelidade de teste-reteste revelou-se aceitável. Mostrou-se também um instrumento com sensibilidade ao tratamento (capacidade para detetar a redução na sintomatologia *borderline* durante o tratamento). O estudo levado a cabo por Giesen-Bloo e colaboradores (2010) para avaliação das propriedades psicométricas desta entrevista revelou uma elevada fidedignidade inter-observadores, consistências internas que variam de moderadas a elevadas, e excelentes validades (discriminante, convergente e de constructo). Ainda neste mesmo estudo (Giesen-Bloo et al., 2010), comparando as propriedades psicométricas do BPDSI-II e da versão mais atual (BPDSI-IV), destacaram-se algumas diferenças consideráveis: os valores de consistência interna da pontuação total na amostra total e na amostra de doentes com PBP são mais robustos (amostra total: $\alpha = .96$ versus $\alpha = .93$ e no grupo de doentes com PBP: $\alpha = .85$ versus $\alpha = .82$). Para a maioria dos critérios da perturbação *borderline* da personalidade (DSM-IV), as consistências internas do BPDSI-IV são mais elevadas do que as obtidas para o BPDSI-II. A impulsividade foi o único critério *borderline* que apresentou uma consistência interna marginal ($\alpha = .67$) em ambas as versões da entrevista. Segundo os autores, uma explicação possível para este fenómeno prende-se com a diversidade de comportamentos impulsivos possíveis (e.g., gastar dinheiro, comportamentos sexuais de risco, comportamentos de ingestão compulsiva). De facto, nalguns dos itens deste critério a pontuação obtida foi muito baixa nos dois estudos (especialmente no item “sexo com estranhos” e no item “furto a lojas”), o que sugere provavelmente a sua remoção na próxima versão do BPDSI-IV (Arntz et al., 2003; Giesen-Bloo et al., 2010).

O BPDSI-IV tem sido utilizado em vários ensaios, incluindo estudos de tratamento randomizados, tendo-se mostrado sensível à mudança (Bellino, Paradiso, & Bogetto, 2005, 2006; Giesen-Bloo et al., 2006; Rinne et al., 2002, 2003; Verheul, van den Bosch, Koeter, de Ridder, Stijnen, van den Brink, 2003). Estes dados sugerem que o BPDSI-IV é um instrumento válido e fidedigno na avaliação de cada critério específico da perturbação *borderline* da personalidade (DSM-IV) (ao nível microscópico) com utilização, quer na prática clínica, quer em estudos de tratamento ou ainda em estudos onde a avaliação do índice de severidade se revela útil ou necessária.

No nosso estudo, foi utilizada a versão portuguesa do BPDSI-IV (Duarte, Rijo, & Pinto-Gouveia, 2007), tradução autorizada pelos autores (a partir da versão inglesa de Weaver & Clum, 1993) para a sua validação, numa amostra total de 51 indivíduos: Perturbação *Borderline* da Personalidade ($N = 16$), Outras Perturbações da Personalidade do *Cluster C* ($N = 16$) e Normais ($N = 19$). O BPDSI-IV obteve valores elevados de consistência interna para o total dos itens, quer na amostra total, quer na amostra de doentes (alfa de Cronbach de .94 e alfa de Cronbach de .92, respetivamente). A validade convergente foi determinada pela correlação com outros construtos relacionados (especificamente, com o total de sintomas preenchidos na SCID II, com o número de sintomas preenchidos para a PBP através da

SCID II, com o número total de sintomas preenchidos para as Perturbações de Personalidade do *Cluster B* e com o total do BPQ), em que os valores obtidos são semelhantes aos valores do estudo original (Arntz et al., 2003). O estudo da fidedignidade inter-observadores permitiu confirmar a objetividade do instrumento e do registo das respostas. Excelente validade discriminante. A análise da função discriminante mostrou que a pontuação total permite uma boa discriminação nos três grupos em estudo, com taxas de acerto de diagnóstico superiores a 80%. No Anexo 2, é apresentada apenas a parte inicial da entrevista.

B) Para avaliação de dimensões e sintomas psicopatológicos

Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-42 (*Depression Anxiety Stress Scales* – DASS-42; Lovibond & Lovibond, 1995)

A EADS-42 é um instrumento de autorresposta construído à luz do modelo tripartido de Watson⁴ (1991), no qual os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas, e que são: afeto negativo (com sintomas responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão), tensão somática e hiperatividade (ansiedade) e anedonia e ausência de afeto positivo (depressão). A primeira estrutura inclui sintomas relativamente inespecíficos como humor deprimido e ansioso, insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração, dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. O *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão. A depressão e a ansiedade constituem as outras duas estruturas. A depressão caracteriza-se, fundamentalmente, pela perda de autoestima e motivação, estando associada à perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de tensão somática, hiperatividade e respostas intensas de medo. A EADS-42 é uma medida construída não apenas como um outro conjunto de escalas para medir convencionalmente estados emocionais definidos, mas para continuar o processo de definição, compreensão e mensuração de estados emocionais clinicamente significativos, geralmente descritos como depressão, ansiedade e *stress*. Assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja, as diferenças entre depressão, ansiedade e *stress* experimentadas por sujeitos normais e sujeitos com perturbações são, essencialmente, diferenças de grau. Não tem por isso implicações diretas na atribuição de categorias diagnósticas recomendadas pelos manuais de classificação, como o DSM ou a CID. No manual de instruções, são apresentados pontos de corte de acordo com os tipos de

⁴ Como se sabe, a ansiedade e depressão são, claramente, distintas do ponto de vista fenomenológico. A mesma facilidade discriminativa já não se verifica ao nível empírico. O modelo tripartido de Watson e colaboradores (1991) foi desenvolvido para clarificar e distinguir os dois construtos.

gravidade/severidade convencionais (normal, ligeiro, moderado e grave). A utilidade clínica da EADS-42 prende-se, fundamentalmente, com o permitir avaliar a severidade e magnitude de três estados emocionais negativos. É reconhecido que os indivíduos que estão clinicamente deprimidos, ansiosos ou sob efeito de uma grande *stress* manifestam sintomas adicionais que tendem a ser comuns às duas ou três condições, tais como o sono, o apetite e as dificuldades de índole sexual. Nenhum dos itens desta medida aborda a ideação e intenção suicida, na medida em que os itens relacionados com este sintoma não carregavam em nenhuma subescala da medida. Devido a isto, e apesar da EADS-42 poder ser administrada e cotada por outros técnicos (que não psicólogos), as decisões clínicas e a necessidade de avaliar o risco de suicídio em indivíduos seriamente perturbados devem ser operacionalizadas por clínicos experientes. A EADS-42 é composta por 42 itens, organizados em três subescalas com 14 itens cada (Ansiedade, Depressão e *Stress*). A subescala Ansiedade avalia a excitação autonómica, a ansiedade situacional e a experiência subjetiva de afeto ansioso; a subescala Depressão avalia disforia, desesperança da vida, desvalorização, autodeceção e autodepreciação, falta de interesse e envolvimento, pessimismo em relação ao futuro, falta de iniciativa, anedonia e inércia e, por último, a subescala de *stress* avalia os níveis de excitação nervosa crónica, as dificuldades de relaxamento, a agitação psicomotora, o ficar facilmente perturbado ou irritado. Cada item da escala indica sintomas emocionais negativos, aos quais o sujeito irá responder, classificando as suas respostas numa escala tipo *Likert* de quatro pontos (0 = *Não se aplicou nada a mim*; 3 = *Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*). Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, em que os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana. A medida permite obter resultados parciais para cada uma das subescalas de ansiedade, depressão e de *stress*, com uma amplitude de resultados a variar entre 0 e 42. Pontuações elevadas significam mais sintomas de ansiedade, de depressão ou de *stress*⁵.

A maioria dos estudos acerca desta medida foi realizada em amostras, quer da população normal, quer da população clínica, com especial incidência para as perturbações ansiosas. Os valores de consistência interna obtidos são habitualmente elevados, assim como as validades estudadas são satisfatórias (Brown, Chorpita, Korotitsch, & Barlow, 1997; Clara, Cox, & Enns, 2001; Crawford & Henry, 2003; Lovibond & Lovibond, 1995). As propriedades psicométricas da versão original (DASS-42) foram analisadas numa amostra de indivíduos

⁵ As pontuações obtidas nas subescalas, por sujeito, podem ser interpretadas. Para isso é preciso convertê-las em *z-scores*, e em seguida comparar com os dados normativos. Um *z-score* <0.5 enquadra-se na normalidade; um *z-score* entre 0.5-1.0 é considerado de magnitude leve; um *z-score* 1.0-2.0 magnitude moderada; um *z-score* 2.0-3.0 magnitude grave e finalmente um *z-score* >3 extremamente grave. Na literatura tem sido sugerido que uma pontuação total de humor negativo pode ser obtida somando a média das três subescalas. A interpretação desta pontuação deve ser feita com cuidado, uma vez que os dados normativos não estão, na atualidade, disponíveis.

normais ($N = 717$), conjuntamente com o BDI (*Beck Depression Inventory*) e o BAI (*Beck Anxiety Inventory*) (Lovibond & Lovibond, 1995). A medida demonstrou possuir características psicométricas satisfatórias, com uma boa fidedignidade e validade. A título ilustrativo a consistência interna das subescalas revelou-se elevada (subescala Depressão $\alpha = .91$; subescala Ansiedade $\alpha = .84$; subescala *Stress* $\alpha = .90$). O estudo da dimensionalidade foi fundamentado pela análise fatorial exploratória e confirmatória. Em comparação com o BDI e o BAI, a DASS-42 mostrou uma marcada separação nas cargas fatoriais. A subescala Ansiedade apresentou uma correlação de $r = .81$ com o BAI e a subescala Depressão uma correlação de $r = .74$ com o BDI. Adicionalmente, indivíduos com Perturbação de Pânico apresentaram valores mais elevados na subescala Ansiedade do que os indivíduos com Depressão Major; por outro lado, indivíduos com Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Fobia Social, Perturbação de Ansiedade Generalizada e Fobia Simples não pontuaram mais do que os indivíduos deprimidos, na referida subescala (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swison, 1998; Brown et al., 1997; Lovibond & Lovibond 1995). A análise fatorial sugeriu que o BDI difere da subescala Depressão do EADS-42, principalmente porque inclui itens como a perda de peso, insónia, preocupações somáticas e irritabilidade, falhando na discriminação entre depressão e outros estados afetivos. Brown e colaboradores (1997) efetuaram dois estudos de validação desta escala em amostras clínicas amplas ($N = 437$ e $N = 241$). No estudo 1, as três subescalas revelaram uma excelente consistência interna e estabilidade temporal. A análise fatorial exploratória (em componentes principais com rotação varimax) identificou uma solução fortemente consistente com a estrutura fatorial previamente encontrada em amostras não clínicas. As comparações entre grupos revelaram que a medida distingue vários grupos de perturbações de ansiedade e de humor na direção esperada. No estudo 2, a estrutura latente conceptual e empírica foi testada e confirmada através da análise fatorial confirmatória. A validade deste instrumento foi suportada pela sua correlação com outros instrumentos de autorresposta que medem construtos teoricamente relacionados (Brown et al., 1997).

A versão portuguesa das escalas revelou valores de consistência interna bons semelhantes à versão original, com alfas de Cronbach a variarem entre .83 e .93. Apresentou também uma boa validade convergente e discriminante (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). A EADS-42 está incluída no Anexo 8.

Questionário Geral de Saúde – QGS-28 (*General Health Questionnaire* – GHQ-28; Goldberg & Hillier, 1979)

O QGS-28 é uma medida de autorresposta amplamente utilizada para avaliação de perturbações psiquiátricas não psicóticas. Questionário desenvolvido por Goldberg e Hillier (1979), a partir da versão original do *General Health Questionnaire* (1972), apresenta uma estrutura definida com base na análise fatorial, assim como nos itens selecionados. É constitu-

ido por 28 itens, especificamente concebidos para a avaliação, quer da incapacidade de realização de atividades usuais na vida de uma pessoa saudável, quer do aparecimento de fenómenos novos geradores de *stress*. Visa identificar quebras ou alterações no funcionamento habitual e, nesse sentido, revela-se um instrumento de medida apropriado para a avaliação da saúde mental e do bem-estar psicológico. Esta versão engloba quer critérios clínicos, quer critérios psicométricos, sendo a única medida com subescalas que permitem avaliar mais domínios específicos de psicopatologia. É composta por 4 subescalas com 7 itens cada: Sintomas Somáticos, Ansiedade e Insónia, Disfunção Social e Depressão Grave, em que a pontuação de cada uma varia de 0 a 21 pontos. A subescala Sintomas Somáticos reflete sensações e queixas somáticas/físicas experimentadas recentemente (“*Tem tido necessidade de um tónico?*”; “*Tem tido dores de cabeça?*”). A subescala Ansiedade e Insónia é formada por itens que avaliam a ansiedade na sua componente emocional e comportamental e o sono e sua qualidade (“*Tem-se sentido irritável de mau humor?*”; “*Tem perdido o sono devido a preocupações?*”). A subescala Disfunção Social avalia sintomas que refletem alterações no sistema motivacional e funcionamento social (e.g., “*Tem levado mais tempo a fazer as tarefas normais?*”; “*Tem tido prazer nas suas atividades normais do dia-a-dia?*”). Finalmente, a subescala Depressão Grave avalia sintomas depressivos (e.g., “*Tem sentido que a vida já não vale a pena?*”; “*Acha que a ideia de acabar com a vida está sempre a vir-lhe à cabeça?*”). Pede-se aos sujeitos que avaliem o seu estado de saúde em geral (queixas atuais) nas últimas semanas. Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 4 pontos de severidade (0 = *Melhor que o costume*; 3 = *Muito pior que o costume*), variando a pontuação total entre 0 e 84 pontos e correspondendo uma pontuação mais elevada a pior saúde mental. A versão original inclui 60 itens (Goldberg, 1972), podendo ser utilizadas outras versões mais reduzidas, de 30, 20, 12 e 28 itens, consoante os objetivos da investigação em causa. As propriedades psicométricas destas versões do questionário estão bem estudadas internacionalmente (Pais-Ribeiro & Antunes, 2003; Werneke, Goldberg, Yalcin, & Ustun, 2000). Goldberg (1978) comparou os resultados obtidos com o QGS-28 e a *Clinical Interview Schedule* e as correlações obtidas entre estes dois processos de avaliação foram, aproximadamente, de .73 (em países de língua inglesa e latina). Seva, Sarasola, Merino e Magallon (1992) efetuaram estudos de validação deste questionário, em que foi possível identificar um ponto de corte a partir do qual se deveria avaliar a psicopatologia, ou seja, uma pontuação acima de ponto de corte 4/5 (superior a 90) indicaria a existência de uma perturbação psiquiátrica. A análise fatorial do QGS-28 efetuada com base em 15 contextos culturais e linguísticos diferentes, a nível mundial, confirmou a estabilidade das subescalas Depressão Grave e Disfunção Social, e a sobreposição significativa dos domínios da Ansiedade e Insónia e Sintomas Somáticos (Werneke et al., 2000). No estudo original, o total e as subescalas mostraram bons valores de consistência interna. O QGS-28 tem sido utilizado como medida de *screening* e rastreio do estado mental

em estudos sobre diversas doenças, tais como a diabetes (de-Mont-Marin et al., 1993), na prevalência da morbidade psiquiátrica em doentes em hemodiálise e transplantados renais (Petrie, 1989), no *stress* em profissionais de saúde (Butterworth, Carson, Jeacock, White, & Clements, 1999), em gravidezes problemáticas (Hunfeld, Wladimiroff, & Passchier, 1997), no transplante medular (Bertarelli & Santinello, 1997).

A tradução e o estudo das propriedades psicométricas deste instrumento para a população portuguesa foram efetuados por Pais-Ribeiro e Antunes (2003). O seu estudo, numa amostra de 60 indivíduos (30 com doença pulmonar e 30 sem doença), demonstrou que a versão portuguesa tem uma estrutura equilibrada semelhante à versão original. O QGS-28 revelou valores bons de consistência interna, quer para o total da medida ($\alpha = .94$), quer para as respetivas subescalas (Sintomas Somáticos $\alpha = .85$; Ansiedade e Insónia $\alpha = .88$; Disfunção Social $\alpha = .83$ e Depressão Grave $\alpha = .89$). A validade convergente e discriminante dos itens mostrou-se satisfatória. Quanto à capacidade de discriminar grupos no sentido esperado (sensibilidade da medida) o questionário revelou ser sensível à doença. O QGS-28 está incluído no Anexo 8.

Escala de Afeto Positivo e Negativo (*Positive and Negative Affect Schedule* – PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988)

O PANAS é um instrumento de autorresposta composto por 20 itens, que visa avaliar duas dimensões conceptualmente independentes do estado de humor. Cada item da medida descreve sentimentos ou emoções. Para o seu preenchimento o sujeito deve indicar a extensão na qual experimentou os sentimentos e emoções listados, em relação às últimas semanas, recorrendo a uma escala tipo *Likert* de 5 pontos de severidade ou frequência (1 = *Nada ou muito ligeiramente*; 5 = *Extremamente*). Esta medida organiza-se em duas subescalas que refletem dimensões disposicionais separadas e não extremidades bipolares da mesma escala: *Afeto Positivo* (AP) (que inclui uma lista de descritores de emoções positivas; e.g., “excitado”, “entusiasmado”, “inspirado”) e *Afeto Negativo* (AN) (formado por uma lista de descritores de emoções negativas; e.g., “angustiado”, “hostil”, “irritável”), agrupados em 10 itens cada uma. As pontuações de afetividade positiva (AP) e de afetividade negativa (AN) variam de 10 (nível baixo de afeto positivo ou negativo) a 50 (nível elevado de afeto positivo ou negativo), com pontuações elevadas a indicarem mais afeto positivo e negativo, respetivamente. Estudos empíricos realizados acerca da estrutura do estado de humor mostraram que o afeto positivo e afeto negativo emergem, consistentemente, como dimensões dominantes relativamente independentes (Watson et al., 1988). Com base nesta asserção foram, então, construídos uma série de instrumentos de medida para avaliar estas dimensões. Contudo, a maioria destas medidas mostrou-se inadequada, com fraca consistência interna e com validade convergente ou discriminante pobre. Para colmatar esta lacuna, Watson e colaboradores

(1988) desenvolveram uma medida – o PANAS, para a avaliação do estado de humor. O PANAS constitui, assim, o instrumento-chave mais utilizado em estudos acerca dos modelos dimensionais das emoções (Watson et al., 1988). Alguns destes modelos postulam que o afeto positivo se relaciona diretamente com a motivação, enquanto o afeto negativo se mostra associado à motivação para o isolamento (Watson, 2000). Mais concretamente, a experiência de afeto negativo faz parte do Sistema de Inibição Comportamental, e o afeto positivo está ligado ao que designamos de Sistema de Ativação Comportamental, Sistema de Envolvimento Comportamental ou Sistema de Facilitação Comportamental (Watson, 2000). De acordo com Watson e colaboradores (1988), elevado afeto positivo reflete um estado de grande energia, total concentração e de agradável envolvimento, enquanto baixo afeto positivo indica tristeza e letargia (Watson & Clark, 1984). Por contraste, o afeto negativo corresponde a uma dimensão geral de sofrimento subjetivo e de envolvimento desagradável e que implica uma variedade de estados emocionais aversivos (raiva, desprezo, aversão, culpa, medo e “nervosismo”). Níveis baixos de afeto negativo caracterizam-se pela ausência destes sentimentos. Os itens da subescala Afeto Positivo, selecionados através de uma análise fatorial em componentes principais, são: “ativo”, “alerta”, “atento”, “determinado”, “entusiasmado”, “excitado”, “inspirado”, “interessado”, “orgulhoso” e “forte”; os itens da subescala Afeto Negativo são: “assustado”, “amedrontado”, “nervoso”, “tremulo”, “irritável”, “hostil”, “culpado”, “envergonhado”, “perturbado” e “angustiado”. O PANAS é uma medida que, desde o seu desenvolvimento, tem sido utilizada em diversas investigações com vários objetivos. A sua popularidade pode ser atribuída à sua brevidade e, particularmente, à sua marcada associação com a ansiedade e depressão (Modelo tripartido; Clark & Watson, 1991). Adicionalmente, mostrou-se também eficaz na diferenciação entre depressão e ansiedade, em amostras clínicas.

Dyck, Jolly e Kramer (1994) efetuaram uma análise fatorial exploratória das medidas de autorresposta de ansiedade, depressão, afeto negativo e afeto positivo, numa amostra clínica ($N = 162$). Identificaram dois fatores correlacionados ($r = .73$), correspondendo ao Afeto Negativo e Afeto Positivo. Fizeram análises de regressão para explorar os fatores preditores da ansiedade e depressão. O fator Afeto Negativo, e não o Afeto Positivo, revelou-se um preditor significativo da ansiedade e ambos os fatores predizem significativamente a depressão. Um outro estudo (Jolly, Dyck, Kramer, & Wherry, 1994), realizado numa amostra de 159 doentes psiquiátricos seguidos em consulta externa, revelou que (e pela análise das correlações parciais), quando se controlou o efeito do Afeto Negativo, a depressão (mas não a ansiedade) se mostrou relacionada com o Afeto Positivo. Contudo, quando o efeito do Afeto Positivo é controlado, a depressão e a ansiedade explicam uma percentagem significativa da variância do Afeto Negativo. Estes resultados suportam o modelo tripartido, em que o Afeto Positivo parece estar mais relacionado com a depressão e o Afeto Negativo

altamente correlacionado com ambas. Em síntese, e na sua versão original Watson e colaboradores (1988) verificaram que as escalas possuem uma boa estrutura fatorial e elevada consistência interna (Afeto Positivo $\alpha = .88$; Afeto Negativo $\alpha = .87$).

A versão portuguesa do PANAS (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) revelou uma boa precisão e valores bons de consistência interna (alfa de Cronbach do Afeto Positivo foi de .86 e o alfa de Cronbach do Afeto Negativo foi de .89). Confirmou o modelo bidimensional e ortogonal proposto pelos autores originais. Apresentou propriedades psicométricas semelhantes às da versão original, podendo ser utilizada como uma escala breve de avaliação do afeto positivo e negativo. O PANAS é apresentado no Anexo 8.

C) Para avaliação de memórias emocionais na infância

Escala de Experiências de Vida na Infância (*The Early Life Experiences Scale* – ELES; Gilbert, Cheung, Granfield, Campey, & Irons, 2003)

É um instrumento de autorrelato composto por 15 itens, que mede a recordação de sentimentos de ameaça (pais como figuras hostis dominantes) e de subordinação na infância. O ELES foi construído e desenvolvido no contexto da Teoria do *Ranking* Social, em que as relações pais-filhos são conceptualizadas como relações de poder focadas nos comportamentos de ameaça, rebaixamento e de submissão (Gilbert, 1992b, 2001b; Gilbert, Allan, Brough, Melley, & Miles, 2002; Gilbert et al., 2003). Os autores (Gilbert et al., 2003) pretendiam um instrumento que permitisse a medição da recordação em adulto dos níveis de ameaça/medo e subordinação experienciados enquanto criança, no seio familiar. Dos 15 itens constituintes, 6 itens procuram representar um conjunto de comportamentos de ameaça percebida por parte das figuras de vinculação e os restantes 9 itens visam avaliar a recordação de sentimentos e comportamentos de submissão durante a infância. Estes itens foram construídos a partir de verbalizações e experiências típicas da infância descritas pelos doentes, em contexto de consulta, e registadas por psicólogos experientes. É apresentado um conjunto de questões que exploram memórias de infância, abordando vários aspetos relativos aos comportamentos parentais, em que os sujeitos respondentes avaliam a frequência e veracidade da cada afirmação em relação a si e à sua experiência na infância, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = *Completamente falso*; 5 = *Muito verdadeiro*). Um estudo piloto preliminar permitiu perceber que as questões formuladas eram de fácil compreensão pelos respondentes (Gilbert et al., 2003).

A estrutura fatorial da medida (Gilbert et al., 2003) foi avaliada por uma análise fatorial exploratória, sobre a matriz das correlações com extração dos fatores pelo método de componentes principais, seguida de uma rotação oblíqua. O valor de Kaiser-Meyer-Olkin (*Measure of Sampling Adequacy*) (.920) e do *Bartlett's Test of Sphericity* de 1654.73 ($p <$

.000) permitiram a realização da Análise Fatorial em Componentes Principais. Assim, os autores (Gilbert et al., 2003) testaram a solução de 3 fatores, aos 15 indicadores que compõem a medida e a solução obtida permitiu explicar 63% do total da variância. Com base nos pesos de cada fator, designaram os respetivos fatores: *Ameaça* (composto por itens que avaliam recordações de infância de um ambiente familiar “perigoso” em que os comportamentos dos pais eram percebidos como uma ameaça; e.g., “Quando os meus pais ficavam zangados, havia muito pouco que poderia fazer para controlar a raiva deles”), *Submissão* (composto por itens que medem recordações de infância em que a pessoa se sentiu subordinada pelos pais e adotou comportamentos de submissão perante as figuras de vinculação de modo a evitar conflitos; e.g., “Sentia-me muitas vezes como sendo um subordinado dentro da minha família”), por último, um terceiro fator, *(Des)Valorização* (do inglês, “(Un)valued”) que inclui 3 itens positivos (itens 6, 7 e 9 recodificados de forma a minimizar os enviesamentos nas respostas), que refletem a recordação de sentimentos de igualdade, de tranquilidade e de assertividade em relação à família (recordações mais positivas em que o indivíduo lembra ter-se sentido aceite e apreciado pelos outros; e.g., “Sentia que me poderia auto-afirmar com a minha família”). Estas experiências positivas provavelmente traduzem um estilo mais afiliativo e cooperativo com a família. A medida permite obter um resultado total e resultados parciais (por subescala), com uma amplitude de resultados a variar entre 16 e 80. Pontuações mais elevadas indicam a existência de um índice mais elevado de recordações de infância de ameaça, subordinação e desvalorização (no seu todo), ou de uma delas em particular. O ELES demonstrou uma boa consistência interna, com alfas de Cronbach de .92 para o total da medida, de .89 para subescala *Ameaça*, de .85 para a subescala *Submissão* e de .71 para a subescala *(Des)Valorização*, respetivamente. A validade foi demonstrada pelas suas correlações com outras medidas de autorresposta que medem construtos teoricamente relacionados (e.g., *The Short* EMBU, CES-D, SCS e OAS). Apresentou correlações elevadas com a depressão e com as subescalas da s-EMBU, e correlações moderadas com a vergonha externa (OAS). Análises de regressão linear múltipla foram efetuadas para explorar a contribuição relativa das memórias de infância para a depressão. Os resultados obtidos mostraram que o único preditor global significativo da depressão é a subescala *submissão* ($\beta = .265$; $p < .01$, $sr = .171$) (Gilbert et al., 2003).

Utilizou-se a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Lopes e Pinto-Gouveia (2005). De referir que foi acrescentada à medida um item (16, “Fui vítima de assédio ou de abuso sexual por membros da minha família ou amigos/conhecidos da minha família”) por razões que se prendem com a natureza da investigação da autora responsável pela tradução e adaptação do referido instrumento. No estudo da versão portuguesa, a medida obteve uma boa consistência interna (para o total e respetivas subescalas), tanto na amostra de normais ($N = 388$), como na amostra clínica ($N = 61$) (Lopes, 2010). Manteve

os mesmos três fatores da escala original. A validade de construto, convergente e discriminante foram demonstradas pelas relações entre o ELES e outros construtos relacionados. Apresentou correlações positivas significativas com o total do BVQ e respectivas dimensões (*Revised Victim/Bullying Questionnaire* – BVQ; Olweus, 1992), com o total da OAS (*Other as Shamer Scale* – OAS; Goss, Gilbert, & Allan, 1994), da SBS (*Submissive Behaviour Scale* – SBS; Gilbert & Allan, 1997), da ESS e subescalas (*Experience of Shame Scale* – ESS; Andrews, Quian, & Valentine, 2002) e com as subescalas da EADS-42 (*Escala de Ansiedade Depressão Stress* – EDAS-42; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Na presente investigação utilizou-se a versão original, com apenas 15 itens. O ELES é apresentado no Anexo 3.

Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (*Childhood Experiences of Care and Abuse* – CECA.Q; Bifulco, Bernazzani, Moran, & Jacobs, 2005).

É um questionário de autorrelato retrospectivo para avaliar aspetos objetivos das experiências na infância e do comportamento parental. Visa o despiste de experiências de antipatia e negligência por parte das figuras parentais, assim como de experiências de abuso físico e sexual no período anterior aos 17 anos. Esta medida representa uma versão reduzida da entrevista semi-estruturada CECA (*Childhood Experiences of Care and Abuse*) (Bifulco et al., 1994) e foi desenvolvida com o objetivo de facilitar o processo de triagem (ser útil na avaliação clínica) e de avaliação para efeitos de investigação. Constitui um dos instrumentos mais completos em relação ao número de tópicos de adversidades focados, i.e., cuidado (*negligência parental e antipatia*), abuso físico, abuso sexual e perda parental. Medida composta por 7 módulos e que são: caracterização das figuras parentais, perda parental, escala de cuidado materno, escala de cuidado paterno, relações próximas na infância, abuso físico e abuso sexual. O questionário inicia com uma questão geral “como se recorda da sua figura materna/paterna até aos 17 anos”, e tem duas partes: uma parte com questões dicotómicas (tipo sim/não) que visam avaliar a caracterização parental, as relações próximas, a separação/morte parental, o abuso físico e o abuso sexual; a outra parte é composta por uma Escala de Cuidado destinada à avaliação de *antipatia e negligência* nas relações parentais, sendo repetida, uma vez, em relação à mãe e, a outra, em relação ao pai. Em termos globais o CECA.Q possui as seguintes subescalas: negligência materna, negligência paterna, antipatia materna, antipatia paterna (cada uma com 8 itens), abuso físico materno, abuso físico paterno e abuso sexual praticado por qualquer pessoa, bem como a avaliação de perda parental. As subescalas de antipatia e negligência são formadas por 16 itens em que a resposta a cada item é dada numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1-2 = *Não de modo nenhum*; 4-5 = *Sim totalmente*; o ponto médio (3) tem a designação de *Mais ao menos*). A antipatia reflete a hostilidade, frieza ou rejeição dos pais ou substitutos para com a criança (e.g., “era muito difícil agradar-lhe”), a negligência implica o desinteresse e descuido dos pais pelas necessidades e atividades dos

filhos (e.g., “descuidava-se em relação às minhas necessidades básicas”), o abuso físico refere-se a comportamentos como bater com recurso a vários métodos (e.g., cinto, paus, murros pontapés) e o abuso sexual que implica contacto físico ou aproximação de natureza sexual por parte de algum adulto para com a criança, à exceção do contacto sexual voluntário com os pares.

As suas propriedades psicométricas foram estudadas em amostras comunitárias e clínicas. A versão original do CECA.Q demonstrou boas consistências internas para as subescalas: no intervalo $\alpha = .81$ (antipatia) e $\alpha = .80$ (negligência). A fidelidade teste-reteste revelou-se satisfatória, com correlações que oscilaram entre $r = .51$ e $r = .84$ e a validade convergente com o PBI mostrou magnitudes de correlação significativas ($r = -.61$ e $r = -.78$). As correlações entre os resultados obtidos com a entrevista CECA e com o questionário CECA.Q, foram todas positivas e situaram-se no intervalo $r = .46$ a $r = .66$. Os autores concluíram que o CECA.Q globalmente demonstrou validade e fiabilidade satisfatórias para avaliar experiências adversas na infância em populações clínicas (Bifulco et al., 2005). Nesse sentido, revela-se um questionário útil na investigação com população clínica, despidando indivíduos com experiências adversas na infância.

Utilizou-se a tradução e adaptação para a população portuguesa por Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Castilho, Maia e Mota-Pereira (no prelo). A medida foi avaliada num grupo de estudantes ($N = 545$), num grupo da população geral ($N = 262$) e num grupo de doentes com depressão major ($N = 100$). Após uma primeira análise dos dados, concluiu-se que os itens 7, 8, 11, e 15 não possuíam qualidades psicométricas para se manterem na versão portuguesa, resultando então uma versão final de 12 itens. A análise fatorial demonstrou a existência de dois fatores (negligência e antipatia) nas três amostras em estudo. A medida mostrou uma boa consistência interna, entre .70 e .95, considerando os dois fatores, ambos os pais, os três grupos e ambos os géneros, bem como uma adequada validade de construto e estabilidade teste-reteste entre .62 e .88 no grupo de estudantes e população geral. No Anexo 3, é apresentado o CECA.Q.

Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais (*Parental Bonding Instrument* – PBI; Parker, Tupling, & Brown, 1979)

O PBI é um instrumento de autorresposta amplamente utilizado em diversos estudos empíricos que visa avaliar as memórias dos adultos sobre as suas experiências, durante a infância e adolescência, relacionadas com a sua história de vinculação. Parker, Tupling e Brown (1979) construíram um modelo de estilos parentais educativos, baseados em duas dimensões: carinho e proteção. Com base neste modelo desenvolveram o PBI como uma medida específica para avaliar os estilos parentais e a qualidade do apego ou vinculação entre pais e filhos. A dimensão *cuidado* refere-se à expressão de afeto, ao calor emocional e carinho

e à empatia, e a dimensão *sobreproteção* caracteriza-se pelo controlo parental intrusivo, pela resistência à autonomia da criança, independência e sentido de identidade. O PBI é constituído por 25 itens, que avaliam os estilos parentais ao longo das supracitadas dimensões: cuidado parental percebido (subescala de *Cuidado*) e sobreproteção parental percebida (subescala *sobreproteção/controlo*). A subescala de *cuidado*, composta por 12 itens, consiste numa medida dimensional do afeto parental, calor e empatia (e.g., “Era muito afetuoso para mim”) (pontuações elevadas, em que a pontuação máxima é 36) até à frieza parental, indiferença e rejeição (e.g., “Parecia emocionalmente frio em relação a mim”) (baixas pontuações). Por sua vez, a subescala *sobreproteção/controlo*, composta por 13 itens, varia numa polaridade dimensional de controlo, intrusividade e infantilidade (e.g., “Invadia a minha privacidade”) (pontuações elevadas, em que a pontuação máxima é 39) até à promoção da independência e autonomia (e.g., “Deixava-me decidir as coisas por mim mesmo”) (baixas pontuações). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 = *Muito parecido*; 5 = *Muito diferente*). O questionário é preenchido com referência ao pai e à mãe, mas não é restrito aos pais biológicos. Os resultados do PBI podem ser analisados através da avaliação dos estilos parentais educativos num de quatro quadrantes: estilo parental ótimo (elevado carinho e baixa proteção), estilo de constrangimento afetivo (baixo carinho e elevada proteção), estilo negligente (baixo carinho e baixa proteção) e estilo afetivo e controlador (baixo carinho e elevada proteção).

Tem sido referido como um dos instrumentos de autorresposta para avaliar estilos parentais educativos com melhores características psicométricas (Gerlsma, Emmelkamp, & Arrindell, 1990; Parker, 1994; Ruiter, 1994), utilizado quer em amostras da população geral, quer em amostras clínicas (Parker, 1993). A consistência interna e a validade da medida têm sido investigadas em diversos estudos desde 1979, os quais têm revelado bons resultados. Demonstrou uma boa consistência interna (alfas de Cronbach de .88 para a subescala de cuidado e de .74 para a subescala de sobreproteção) e uma elevada fidelidade teste-reteste ($r = .76$ e $r = .63$ para as subescalas de cuidado e sobreproteção, respetivamente) (Parker et al., 1979). Mostrou-se insensível aos efeitos do humor dos respondentes ou da sua personalidade e, relativamente, livre de efeitos da classe social (Parker, 1989). Contudo, revelou alguma sensibilidade às diferenças culturais e, recentemente, existe algum desacordo na literatura sobre se deve ser utilizado como uma medida de dois fatores ou de três fatores. Apesar de alguns estudos confirmarem a solução original de dois fatores, determinados estudos mais recentes mostram que o fator controlo é menos consistente e que, nesse sentido, seria melhor definido através de dois fatores separados. A solução de três fatores seria, então, mais apropriada e satisfatória (1. Cuidado, 2. Negação da autonomia psicológica e 3. Encorajamento da liberdade comportamental) (Murphy et al., 1997). Gerlsma, Kramer, Scholingg e Emmelkamp (1994) efetuaram um estudo com normais e doentes com fobia social e confirmaram

que o PBI permanece estável, mesmo quando existem mudanças significativas na ansiedade, depressão e hostilidade. Num outro estudo (Wilhelm, Heather, Parker, & Hadzi-Pavlovic, 2005), os resultados obtidos corroboraram a estabilidade a longo-prazo do questionário, o que significa que o PBI é uma medida válida e útil na avaliação de estilos parentais e atitudes educativas por parte dos pais. Nas últimas duas décadas, vários estudos têm procurado avaliar a influência dos estilos parentais no desenvolvimento da psicopatologia. Os resultados mostraram, consistentemente, uma relação significativa entre a recordação de atitudes e experiências negativas com os pais (pobre cuidado e empatia, ameaça/rejeição e negligência) e a depressão (Parker, 1983; Perris, 1994). Mais concretamente, os preditores mais significativos para os problemas psicológicos (ansiedade e depressão) parecem ser o elevado controlo parental e o baixo cuidado (de um ou de ambos os pais), sendo que esta combinação se revela particularmente nefasta (Parker et al., 1979; Parker, 1983).

A tradução e estudo desta medida foi efetuado por Baptista (1986). A consistência interna obtida para as subescalas de *cuidado* e de *sobreproteção* é similar aos valores da versão original. A versão portuguesa do PBI está incluída no Anexo 3.

Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (*Impact Event Scale-Revised* – IES-R; Weiss & Marmar, 1997)

A IES-R é um dos instrumentos de autorresposta mais utilizados na área do *stress* traumático, nomeadamente, em investigações direcionadas para o estudo do impacto psicológico de acontecimentos traumáticos (Joseph, 2000; Weiss & Marmar, 1997). Constitui uma medida que procura avaliar o sofrimento subjetivo que advém de uma experiência específica, indutora de *stress*. Foi construída e desenvolvida em paralelo com o modelo tripartido de Perturbação de *Stress* Pós-Traumática (critérios do DSM-IV, APA, 1994) (Weiss & Marmar, 1997). Composta por 22 itens, cada um cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 = *Nada*; 4 = *Muitíssimo*). Na sua estrutura original, a IES-R é composta por três subescalas: intrusão (e.g., “Sonhei com isso”), evitamento (e.g., “Tentei não falar sobre isso”) e hiperativação (e.g., “Sentia-me irritável e zangado”), que medem as três características primordiais da sintomatologia traumática associada a uma determinada experiência. Nas instruções do questionário é pedido aos sujeitos respondentes que indiquem o grau de perturbação/sofrimento que a dificuldade tem provocado ao longo da vida, a partir de 6 meses após o acontecimento (em vez da sua frequência). A medida permite obter um total do impacto do acontecimento e resultados parciais para cada uma das subescalas de intrusão, evitamento e hiperativação. Trata-se de uma edição revista da IES (*Impact Event Scale*; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), em que os autores fizeram apenas pequenas mudanças nos itens das subescalas de intrusão e evitamento e acrescentaram seis itens de hiperativação que visam avaliar o sono, a irritabilidade, concentração, hipervigilância, resposta de ativação (do inglês, *startle*) e a ativação fisiológica (Weiss & Marmar, 1997). Aplicada esta escala a duas populações: uma

de profissionais de emergência expostos ao colapso de uma autoestrada da Califórnia ($N = 430$) e outra de indivíduos que experienciaram o terremoto de Northridge, em Los Angeles em 1994 ($N = 146$), os autores encontraram uma elevada consistência interna, com coeficientes de *alpha* entre .87 a .92 para a subescala de intrusão, .84 a .85 para a subescala de evitamento e .79 a .90 para a subescala de hiperativação. Quanto à estabilidade temporal, os autores encontraram (para um intervalo de seis meses), na primeira amostra ($N = 429$), correlações teste-reteste significativas na ordem dos .57 na intrusão, .51 para o evitamento e .59 na hiperativação. Na segunda amostra ($N = 197$), os valores de correlação obtidos foram mais elevados, especificamente, .94 para a intrusão, .89 no evitamento e .92 na hiperativação. O estudo da validade fatorial revelou a presença de um fator único e robusto, explicativo de 49% da variância (Weiss & Marmar, 1997). As correlações encontradas entre as subescalas foram elevadas (na ordem de .74 entre as subescalas de intrusão e evitamento, .87 entre as subescalas intrusão e hiperativação e .74 entre as subescalas evitamento e hiperativação), o que é sugestivo de uma validade de construto boa. Os estudos referentes à dimensionalidade da medida são escassos e pouco claros, efetuados com amostras clínicas ou com sujeitos expostos a situações de vida traumáticas (Asukai et al., 2002; Beck et al., 2008; Creamer, Bell, & Salvina, 2003).

A IES-R foi estudada numa população portuguesa de estudantes universitários, por Matos, Pinto-Gouveia e Martins (no prelo), em que a validade de construto apresentou uma estrutura unidimensional, o que significa que pontuações mais elevadas traduzem maior sintomatologia de *stress* traumático. O valor de consistência interna obtida para o total da escala foi considerado excelente. Boa estabilidade temporal para um intervalo de 4 semanas, assim como boa validade convergente, divergente e preditiva. Pelo facto do estudo de validação da versão portuguesa da medida (EIA-R) estar contido num estudo mais amplo relacionado com as memórias traumáticas de vergonha (Matos & Pinto-Gouveia, 2009), as instruções da versão original da IES-R foram ligeiramente modificadas para melhor se adaptarem à natureza da investigação sobre a vergonha. Deste modo, foi solicitado aos participantes que respondessem à escala com base no impacto que uma experiência de vergonha marcante e significativa, recordada no período da sua infância e adolescência, teve ao longo da vida (depois de uma breve introdução acerca do conceito de vergonha, era dada a seguinte instrução: *“De seguida tente recordar-se de uma situação ou experiência marcante por que passou em que acha ter sentido Vergonha, durante a sua infância e/ou adolescência. Em baixo, encontra-se uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem após acontecimentos de vida indutores de stress. Por favor, leia cada item e, de seguida, indique o grau de perturbação/sofrimento que a dificuldade lhe tem provocado ao longo da sua vida, a partir de 6 meses após o acontecimento. Isto é, em relação à experiência de vergonha que lhe ocorreu, quanto é que se sentiu perturbado ou incomodado por estas dificuldades”*). A IES-R é apresentada no Anexo 3.

Escala da Centralidade do Acontecimento (*Centrality of Event Scale* – CES; Berntsen & Rubin, 2006)

A CES é um instrumento de autorresposta que pretende medir a centralidade de um acontecimento (traumático) na identidade e na história de vida de uma pessoa, assim como a extensão do seu contributo para a formação de pontos de referência para a identidade pessoal e para a atribuição de significados para as outras experiências na vida pessoal. Este instrumento assenta na suposição que memórias de eventos traumáticos e significativamente dolorosos são, na sua maioria, evocados com maior facilidade e exatidão quando comparados com outros acontecimentos autobiográficos (Berntsen, 2001; Porter & Birt, 2001; Reviere & Bakeman, 2001; Rubin, Feldman, & Beckham, 2004 citado por Berntsen & Rubin, 2006). Medida composta por 20 itens, que visam avaliar as três componentes da centralidade de uma memória. Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = *Discordo totalmente*; 5 = *Concordo totalmente*). Nas instruções é pedido aos sujeitos que se recordem de situações/experiências marcantes de vergonha e que sinalizem as implicações que essas situações tiveram para cada um. Implicações, essas, relacionadas com a memória de um evento como ponto de referência para a formação de expectativas e atribuições de significados para outros eventos, como um componente central para a identidade pessoal ou se corresponde a um ponto de viragem na história de vida.

As propriedades psicométricas e a validade fatorial da medida foram estudadas pelos autores numa amostra de 707 estudantes de quatro universidades norte-americanas (Berntsen & Rubin, 2006). Apresentou uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de .94), com correlações entre os itens de .55 a .72 ($M = .64$; $DP = .05$). A análise fatorial revelou uma estrutura fatorial unidimensional. Num estudo posterior, os autores reforçaram que a CES tem apenas um fator e que as três funções que ela permite avaliar não correspondem a fatores independentes da escala (Berntsen & Rubin, 2007). No que concerne à validade convergente, divergente e preditiva foram obtidas correlações na ordem de .38 com sintomatologia de *stress* pós-traumático (PCL) e de .23 com a depressão (BDI) (Berntsen & Rubin, 2006). Os estudos existentes com esta medida foram efetuados em amostras de estudantes e população geral (Berntsen & Rubin, 2007, 2008) e indivíduos expostos a acontecimentos traumáticos (Thompson & Berntsen, 2008).

O estudo deste instrumento para a população portuguesa foi efetuado por Matos, Pinto-Gouveia e Gomes (2010). A escala revelou uma excelente consistência interna e bons índices de fidelidade teste-reteste (num intervalo de 4 semanas). A análise de construto da CES mostrou uma solução unidimensional subjacente aos 20 itens da escala. Em relação à validade convergente os resultados obtidos apontam para uma boa validade, ou seja, a CES mostrou-se positivamente associada com instrumentos que avaliam sintomatologia de *stress* traumático. Validade divergente e preditiva satisfatórias (instrumento capaz de discriminar

entre indivíduos com maior ou menor sintomatologia de depressão, ansiedade e *stress*). A CES é apresentada no Anexo 3.

D) Para avaliação das Experiências do Eu

Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (*Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale – FSCRS*; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004).

A FSCRS é um instrumento de autorresposta que pretende avaliar a forma como as pessoas se autocriticam e autotranquilizam perante situações de fracasso e erro, ou quando as coisas correm mal. Esta medida foi construída e desenvolvida à luz do Modelo Evolucionário e da Teoria das Mentalidades Sociais (Gilbert, 2000c) que postula que a relação interna (do *eu* com o *eu*) está inscrita em diferentes sistemas de processamento que evoluíram para a relação social e, nesse sentido, com efeitos similares aos sinais externos. Constituída por 22 itens organizados em três subescalas: *Eu Inadequado* (9 itens), que envolve o sentimento de inadequação do *eu* perante fracassos, obstáculos e erros (e.g., “Penso que mereço o meu autocriticismo”); *Eu Tranquilizador* (8 itens), que se refere a uma atitude positiva, calorosa, de conforto e compaixão para com o *eu* (e.g., “Continuo a gostar de quem sou”); e o *Eu Detestado* (5 itens), que avalia uma resposta mais destrutiva, baseada na autorrepugnância, raiva e aversão dirigida ao *eu*, caracterizada por um sentimento de não afeto pelo *eu* e por um desejo de magoar, perseguir e agredir o *eu* (e.g., “Fico tão zangado comigo mesmo que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo”). A escala de resposta tem um formato tipo *Likert* de cinco pontos (0 = Não sou assim; 4 = Sou extremamente assim). A medida permite obter um resultado total de autocriticismo (e que corresponde ao somatório das pontuações obtidas nas subescalas *eu inadequado* e *eu detestado*) e resultados parciais, para cada uma das subescalas constituintes, onde um resultado mais elevado indica uma maior utilização de determinada forma de autocriticismo. No que concerne à fidelidade, no estudo da versão original (Gilbert et al., 2004), foram obtidos valores bons de consistência interna (coeficientes alfa entre .86 a .90). A validade foi demonstrada pelas relações entre as subescalas da FSCRS com outras medidas de autocriticismo (LOSC; Thompson & Zuroff, 2000) e de psicopatologia. A validade fatorial foi estudada numa análise fatorial exploratória em componentes principais e revelou a adequação da solução de 3 fatores (Gilbert et al., 2004).

Nesta investigação foi utilizada a versão portuguesa da FSCRS (Castilho & Pinto-Gouveia, no prelo), cujos estudos de validação são descritos com detalhe no capítulo 4. A FSCRS é apresentada no Anexo 4.

Escala das Funções do Autocriticismo (*Functions of Self-Criticizing/Attacking Scale – FSCS*; Gilbert et al., 2004).

Subjacente à construção da medida inscreve-se a mesma assunção de que a mente humana é inerentemente relacional, o que significa que as nossas autoavaliações (cognições e

emoções internas) evoluíram e estão ligadas aos nossos modelos de relação com os outros (forma como estes se relacionam connosco). Dependendo das competências que foram aprendidas na relação *eu-outros*, temos tendência a adotar diferentes estilos de relação connosco próprios (Gilbert, 2000c, 2005d). A FSCS é um instrumento de autorresposta composto por 21 itens que procuram avaliar as possíveis razões e motivos pelos quais as pessoas se criticam em situações de fracasso ou erro. Apresenta um formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (0 = Não sou assim; 4 = Sou extremamente assim). Os 21 itens da FSCS dividem-se em duas subescalas para avaliar as funções e razões para o autocrítico (Gilbert et al., 2004): a Autocorreção e o Autoataque. A subescala Autocorreção (13 itens) refere-se a tentar fazer com que o *eu* se aplique e esforce mais (aperfeiçoamento e motivação) ou impedir, corrigir ou prevenir a possibilidade de ocorrência de erros e falhas (e.g., “Para ter a certeza que mantenho os meus padrões”; “Para me impedir de cometer pequenos erros”). Os indivíduos com autocrítico focado na correção acreditam que a crítica e o ataque são úteis e funcionais, permitindo-lhes atingir ou manter os seus objetivos biossociais. A subescala Autoataque (8 itens) caracteriza-se por uma “perseguição interna” motivada pelo desejo de agredir, magoar, destruir e de vingança do *eu* pelos erros e fracassos cometidos (e.g., “Para me vingar de uma parte de mim mesmo(a)”; “Para fazer mal a uma parte de mim”). A função do autocrítico reside em forçar o *eu* a submeter-se à dominância e poder da parte hostil, que funciona como abusadora, recrutando diferentes emoções negativas (repugnância/aversão, raiva, ansiedade). Na versão original (Gilbert et al., 2004), o *alpha* de Cronbach encontrado para ambas as subescalas foi de .92. A validade foi demonstrada pelas relações entre as subescalas da FSCS com outras medidas de autocrítico (LOSC; Thompson & Zuroff, 2000) e de psicopatologia. A validade fatorial foi estudada numa análise fatorial exploratória em componentes principais e revelou a adequação da solução de 2 fatores (Gilbert et al., 2004). Na presente investigação utilizou-se a versão portuguesa da FSCS (Castilho & Pinto-Gouveia, no prelo), cujos estudos de aferição são descritos com detalhe no Capítulo 4. A FSCS está incluída no Anexo 4.

Escala de Avaliação dos Níveis de Autocrítico (*Levels of Self-Criticism Scale* – LOSC; Thompson & Zuroff, 2000)

Zuroff e colaboradores (2000, 2004), quando construíram este instrumento de avaliação do autocrítico, que possui dois níveis desenvolvimentais, basearam-se no conceito teórico de introjeção de Blatt e Blass (1992). O autocrítico varia num contínuo em que, num dos lados, encontra-se a forma de autocrítico baseada na realização de padrões de exigência que são facilmente externalizados, similar à perspectiva do outro dominante (Arieti & Bemporad, 1980). Estes padrões de exigência externos, por causa do sentimento de incompetência inerente ao autocrítico, são expressos como percepções de hostilidade e

criticismo por parte dos outros e por sentimentos de fracasso em comparação com os outros. Esta forma de autocrítica engloba um sentimento global de inferioridade, de incapacidade de lidar com a vida, o evitamento dos problemas, sendo estes percebidos como inultrapassáveis. No outro lado do contínuo, situa-se o autocrítica focado nos padrões de exigência internalizados, similar à perspectiva do dominante global. Ou seja, implica uma avaliação autocrítica do *eu*, um sentimento crónico de fracasso em relação aos próprios ideais e valores e tentativas repetidas de atingir objetivos perfeccionistas e irrealistas (Thompson & Zuroff, 2004). O LOSC é uma medida de autorrelato composta por 22 itens que visa medir duas formas disfuncionais de autoavaliação negativa. Uma que resulta das comparações negativas com os outros e a outra que resulta do fracasso no atingir de padrões pessoais internos. Inclui, assim, duas subescalas: o *Autocrítica Comparativo* e o *Autocrítica Internalizado*. O *Autocrítica Comparativo* (12 itens) é definido como uma visão negativa do *eu* em comparação com os outros (e.g., “Tenho um irritante sentimento de inferioridade”). O foco centra-se em comparações desfavoráveis do *eu* com os outros que são vistos como superiores, hostis e críticos, o que consequentemente gera desconforto em situações de exposição e avaliação por parte dos outros. O *Autocrítica Internalizado* (10 itens) engloba uma visão negativa do *eu* em comparação com padrões elevados de exigência internos e que resultam numa perceção de fracasso crónica em atingir esses mesmos padrões. O *eu* é visto como deficiente e imperfeito (e.g., “Falhar é uma experiência muito dolorosa para mim”). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 7 pontos (1 = Discordo totalmente; 7 = Concordo totalmente). Os itens 6, 8, 11, 12, 16, 20 e 21 são recodificados.

A validade fatorial da medida revelou uma solução com duas dimensões que explicavam 37% (elevados *eigenvalues* de 6.87 e de 2.41) do total da variância. A consistência interna das duas subescalas é aceitável (autocrítica comparativo $\alpha = .81$; autocrítica internalizado $\alpha = .87$). A validade convergente foi demonstrada pela associação entre as subescalas do LOSC e outras medidas teoricamente relacionadas de autocrítica, autoestima, sofrimento psicológico e perfeccionismo. A validade discriminante foi explorada avaliando as diferenças entre as subescalas do LOSC e os 5 Principais construtos de Personalidade. A validade de construto foi avaliada através da relação do LOSC com o estilo de vinculação e de lidar com conflitos interpessoais.

A tradução, adaptação e estudo desta escala foi efetuada por Melo e Pinto-Gouveia (2006). A versão portuguesa está incluída no Anexo 4.

Escala de Autocompaixão (Self-Compassion Scale – SELFCS; Neff, 2003a)

A SELFCS é a medida de autorrelato mais utilizada para avaliar a autocompaixão. Constituída por 26 itens visa avaliar os três componentes básicos da autocompaixão: o calor/compreensão, entendido como a capacidade para ser amável e compreensível para

consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; a condição humana, que significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e o *mindfulness*, que se refere a uma consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva sobreidentificação com os mesmos. Os itens estão, assim, agrupados em seis subescalas: *Calor/Compreensão* (5 itens) (e.g., “Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade e que não gosto”), *Autocrítica* (5 itens) (e.g., “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”), *Condição Humana* (4 itens) (e.g., “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”), *Mindfulness* (4 itens) (e.g., “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”) e *Sobreidentificação* (4 itens) (e.g., “Quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = *Quase nunca*; 5 = *Quase sempre*). A cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, além de que o instrumento permite também a obtenção de resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Pontuações mais elevadas significam mais autocompaixão. Os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser recodificados para se aceder à pontuação total.

O estudo das características psicométricas da versão inglesa original da escala (Neff, 2003a) mostrou que os itens positiva e negativamente ordenados saturaram em seis fatores, e não em três como hipotetizado pela autora. Este resultado é frequente em escalas de autorresposta com itens positivos e negativos, com estes a saturarem em fatores separados (Enos, 2001; Finney, 2001 citado por Neff, 2003a). Os seis componentes teóricos da autocompaixão revelaram uma elevada inter-correlação, apesar de constituírem fatores separados. A corroborar este dado, e a título ilustrativo, o componente de calor/compreensão (*kindness*) e o autojulgamento e autocrítica não são mutuamente exclusivos, isto é, ter um nível baixo num destes pólos significa ter pontuações elevadas no outro pólo. Podemos não ter tendência para nos autojulgarmos em determinadas situações ou circunstâncias, mas isso não garante que sejamos calorosos e tolerantes connosco próprios. Igualmente, podemos raramente sentir que a nossa experiência negativa é única e isolada, e isso não nos ajuda a colocar os nossos erros e fracassos como algo comum e inerente à espécie humana. No mesmo sentido, é possível não existir sobreidentificação ou escape de pensamentos e emoções negativas e dolorosas, sem isso significar aceitação e observação consciente da experiência como ela é, no momento presente (*mindfulness*) (talvez por ser ignorada, negada ou reprimida). A análise confirmatória determinou a existência de um único fator de ordem superior a explicar estas inter-correlações, o que sugere a autocompaixão enquanto traço de segunda ordem, resultante da combinação de diferentes subtraços (Neff, 2003a). A escala apresenta uma boa consistência interna para o total (.92) e fidelidade temporal (.93). Outra característica analisada foi a validade de construto e os dados obtidos sugerem uma boa validade, na medida em que esta

não evidenciou uma correlação significativa com enviesamentos de desejabilidade social. No que concerne à validade de conteúdo, os dados mostraram que os indivíduos com níveis mais elevados de autocompaixão relataram serem igualmente amáveis consigo próprios e com os outros, enquanto os indivíduos com níveis mais baixos de autocompaixão descreveram ser mais amáveis com os outros do que consigo próprios. Estes resultados parecem sugerir que a existência de uma atitude de respeito e de cuidado para com o *eu* (assim como para com o outro) é um componente importante da autocompaixão. Para estudar a validade convergente da escala da autocompaixão, a autora (Neff, 2003a) calculou as suas correlações com outras escalas que avaliam construtos relacionados (autocriticismo, inteligência emocional, ligação social). A autocompaixão mostrou correlações negativas significativas com o autocriticismo ($r = .65$) e uma correlação positiva com o sentimento de ligação social ($r = .41$). As correlações com a inteligência emocional variaram de muito baixas ($r = .11$, na subescala Atenção) e moderadas ($r = .55$ na subescala Reparação e $r = .43$ na subescala Claridade, respetivamente). De notar que as correlações encontradas com a escala do autocriticismo, inteligência emocional e ligação social são de magnitude moderada, o que indica que as escalas medem construtos diferentes. Neff (2003a) verificou ainda que a autocompaixão se correlacionou negativamente com a ansiedade e depressão e, positivamente, com a satisfação com a vida, dados que sugerem que a autocompaixão poderá ser um processo adaptativo fulcral, com um efeito de incremento na resiliência psicológica e bem-estar. Este conjunto de dados mostrou que a SELFCS na sua versão original possui boas qualidades psicométricas e validade e aponta para a sua utilidade na avaliação da autocompaixão. Utilizou-se a versão portuguesa da SELFCS (Castilho & Pinto-Gouveia, no prelo), cujos estudos de validação são descritos com mais pormenor no Capítulo 4. No Anexo 4 é apresentada a SELFCS.

Escala da Vergonha provocada pelos Outros (*Others as Shamers Scale* – OAS; Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Este instrumento foi construído e desenvolvido, tendo subjacente o modelo evolucionário biopsicosocial da vergonha (Gilbert, 2002a; Gilbert & Irons, 2006). Tipicamente, a emoção de vergonha é essencialmente uma experiência do *eu* relacionada com a forma como pensamos existir na mente dos outros (Gilbert & McGuire, 1998). Medida de autorresposta constituída por 18 itens que refletem a nossa capacidade de construirmos modelos internos de como “existimos na mente dos outros”. São itens que avaliam a vergonha externa, ou seja, que avaliam o que sentimos quando percebemos que, através dos comportamentos verbais ou não verbais da outra pessoa, os outros nos veem com afeto negativo, com desprezo e aversão, desejo de criticar ou excluir o *eu*, antecipando a rejeição, ataque ou perda de atratividade aos seus olhos (Gilbert, 1998f, 2002a). No fundo, a vergonha externa inclui pensamentos globais acerca da forma como as pessoas pensam que os outros as veem (em vez de autoavaliações

negativas) (Allan, Gilbert, & Goss, 1994). A atenção e os sistemas de monitorização estão direcionados para o exterior, dado que o foco se centra no que se passa na mente dos outros. Nas instruções, é solicitado aos respondentes que descrevam sentimentos ou experiências referentes à forma como os outros os veem, indicando a frequência com que sentem ou experienciam o que está descrito na afirmação (e.g., “Sinto que as outras pessoas me veem como não sendo suficientemente bom”). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 = Nunca; 4 = Quase sempre). A cotação total é obtida pelo somatório da pontuação de todos os itens, de forma que, quanto maior a cotação, mais vergonha externa.

O estudo das qualidades psicométricas da versão original revelou uma elevada consistência interna para o total da medida ($\alpha = .92$), assim como boa validade. A análise fatorial encontrou uma solução com três fatores designados como: Inferioridade (7 itens), que se refere ao sentimento de ser visto pelos outros como inferior; Vazio (4 itens), que avalia a perceção de ser encarado pelos outros como um ser vazio; e, por último, Reação dos Outros perante Erros (6 itens), reportando-se à forma como o indivíduo considera que os outros se comportam quando o observam a cometer erros. Apresentou-se correlacionada com índices de psicopatologia em vários estudos, particularmente com sintomatologia depressiva, quer em amostras de normais (estudantes) quer em amostras clínicas (Andrews et al., 2002; Allan et al., 1994; Cheung et al., 2004; Gilbert, 2000b; Gilbert & Allan, 1998; Gilbert, Allan, Brough, Melley, & Miles, 2002; Gilbert, Allan & Goss, 1996; Gilbert & Gerlsma, 1999; Wyatt & Gilbert, 1998).

A versão portuguesa da OAS (Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011a) revelou uma boa precisão e valores elevados de consistência interna. Contudo, a estrutura de 3 fatores não foi replicada, evidenciando uma solução unidimensional que explica 39.8% da variância. A consistência interna revelou-se excelente (.91) e correlações item-total moderadas a elevadas (.40 a .66). Excelente estabilidade temporal e boa validade convergente e divergente. A OAS está incluída no Anexo 4.

Escala da Vergonha Internalizada (*The Internalized Shame Scale – ISS*; Cook, 1996)

A vergonha pode ser experienciada num registo interno e, nesse sentido, está relacionada com as dinâmicas internas do *eu*, com a forma como o *eu* julga e sente o próprio *eu* (Gilbert, 2003a). Esta medida de autorresposta foi construída para avaliar a emoção de vergonha enquanto traço, isto é, como característica estável da personalidade em adolescentes e adultos. Neste tipo de vergonha, a atenção e o processamento cognitivo estão internamente orientados para as emoções, características pessoais e comportamento. Foca-se em torno de autodesvalorizações e sentimentos de se ser mau, fraco, inadequado, indesejável ou repugnante em relação ao *eu* (Gilbert, 1998f). É um instrumento composto por 30 itens organizados em duas subescalas: uma subescala com 24 itens que englobam descrições fenomenológicas

dos sentimentos de vergonha (vergonha interna), fornecendo uma pontuação total da experiência de vergonha traço (e.g., “Sinto que nunca sou suficientemente bom”), e uma segunda subescala, com 6 itens, que avalia a autoestima (e.g., “Geralmente costumo sentir que sou bem sucedido”). Estes itens foram adaptados a partir da Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) e usados de forma a prevenir ou minimizar enviesamentos nas respostas. De acordo com Cook (1994, 2001), a subescala autoestima não é uma medida independente de autoestima, mas sim uma indicação rápida de autoestima positiva. A medida supracitada apresenta um formato de resposta tipo *Likert* de cinco pontos (0 = Nunca; 4 = Quase sempre). Os sujeitos respondem a uma série de afirmações referentes a sentimentos ou experiências dolorosas ou negativas, assinalando a frequência com que sentem o que está descrito em cada afirmação.

A ISS tem apresentado uma excelente consistência interna para a subescala vergonha interna, quer em amostras da população normal ($N = 645$), quer em amostras clínicas ($N = 370$) (alfas de Cronbach de .95 e de .96, respetivamente). Os valores de consistência interna obtidos para a subescala autoestima, em ambas as amostras, foram também elevados. Apresentou índices satisfatórios de fidelidade teste-reteste, mostrando uma boa estabilidade temporal para um intervalo de 7 semanas (Cook, 1994, 2001). Rybak e Brown (1996) encontraram valores de consistência interna similares (subescala vergonha interna $\alpha = .97$ e subescala autoestima $\alpha = .90$) em amostras mistas (normais e doentes; $N = 159$). Revelou uma boa validade convergente e divergente.

A versão portuguesa da ISS (Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011b) baseia-se na escala original de Cook (1996) e é constituída por 29 itens, que englobam descrições fenomenológicas de experiências de vergonha. Os itens seguem uma abordagem da vergonha enquanto “traço” e exploram avaliações globais negativas do *eu*. A análise em Componentes Principais permitiu verificar que as subescalas vergonha interna e autoestima apresentaram uma estrutura unidimensional que explica, respetivamente, 48.54% e 57.7% da variância. As subescalas revelaram elevada consistência interna, com valores de alfa de Cronbach elevados (.95 e .85) e correlações item-total moderadas a elevadas. Excelente estabilidade temporal e boa validade convergente e divergente. A versão portuguesa está incluída no Anexo 4.

E) Para avaliação do *Ranking Social*

Escala de Comportamentos de Submissão (*Submission Behaviour Scale* – SBS; Allan & Gilbert, 1997)

A Teoria Evolucionária e do *Ranking Social* conceptualiza a submissão como uma estratégia de autodefesa social focada no medo, útil para lidar com ameaças vindas de outros dominantes (Gilbert, 1992b, 2000b; O’Connor, Berry, Weiss, Schweitzer, & Sevier, 2000;

Sloman, Price, Gilbert, & Gardner, 1994). Comportamentos de dominância-submissão são fundamentais para a organização social e manutenção da coesão social. O comportamento de submissão evoluiu, precocemente, nos animais sociais (primatas), apresenta mediadores biológicos complexos e envolve uma série de comportamentos específicos: inibição do comportamento social (falta de confiança de confiança para desafiar), evitamento, desejo de escape e passividade. A SBS foi construída, a partir do trabalho desenvolvido por Buss e Craik (1986), por Gilbert e Allan (1994) e refinada, mais tarde pelos mesmos autores (Allan & Gilbert, 1997). Medida de autorresposta unidimensional, composta por 16 itens que visam avaliar a frequência de comportamentos de submissão social. São apresentados 16 exemplos de comportamentos de submissão (evitar o contacto visual com os outros, não desafiar os outros; e.g., “Deixo que os outros me critiquem ou humilhem sem me defender” ou “Faço o que os outros esperam de mim mesmo que não o queira fazer”) em que os sujeitos avaliam a magnitude desses comportamentos (frequência comportamental). Apresenta um formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (0 = Nunca; 4 = Sempre). A cotação total é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens de forma que, quanto maior a cotação, mais comportamentos de submissão.

Gilbert, Allan e Trent (1995) estudaram as propriedades psicométricas da medida, e os resultados obtidos mostraram uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de .89) e uma fidelidade teste-reteste satisfatória para um intervalo de 4 meses ($r = .84, p < .001$), numa amostra de estudantes universitários. Demonstrou também uma satisfatória validade (convergente e divergente). Este instrumento foi utilizado em estudos com a vergonha (Gilbert, Pehl, & Allan, 1994), comportamento assertivo (Gilbert & Allan, 1994) e com a depressão (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert et al., 1995), em populações clínicas e não clínicas. Noutro estudo efetuado em estudantes universitários ($N = 332$) e em doentes ($N = 136$) os resultados obtidos foram similares, ou seja, valores de consistência interna satisfatórios ($\alpha = .82$ e $\alpha = .85$, respetivamente). A validade fatorial demonstrou a existência apenas de uma solução unifatorial. A SBS revelou correlações significativas com vários índices de psicopatologia, medidos pela SCL-90-R, o que confirma que a submissão é um fator importante na psicopatologia (Allan & Gilbert, 1997).

A SBS foi traduzida, adaptada e estudada numa população portuguesa (Castilho & Pinto-Gouveia, manuscrito não publicado), de indivíduos normais e de indivíduos com psicopatologia. Utilizou-se a versão portuguesa da SBS, cujo estudo de aferição é descrito com mais pormenor no Capítulo 4. No Anexo 5 é apresentada a SBS.

Escala de Comparação Social (*Social Comparison Scale* – SCS; Allan & Gilbert, 1995)

A capacidade para nos compararmos com os outros é filogeneticamente antiga, biologicamente poderosa e reconhecida em muitas espécies. Partindo do modelo do *ranking* social

(Allan & Gilbert, 1995, Gilbert, Price, & Allan, 1995), a comparação social é um mecanismo evolucionário com uma função adaptativa na formação de hierarquias sociais, protegendo as espécies de confrontos desnecessários, sobretudo, quando o confronto é percebido como letal, e na coesão social. A comparação social funciona, então, como uma medida do estatuto (do inglês, *ranking*) social que tende a utilizar dimensões como inferior-superior, fraco-forte. Nos seres humanos parece que existem duas dimensões principais de avaliação do posto (*ranking*) social: por um lado, comparações de força relativa (poder e agressividade) e que traduz a capacidade para vencer as lutas, conflitos e desafios, e, por outro lado, comparações focadas na atração social e talento (e.g., ser escolhido para um grupo, equipa, emprego, ou ser desejado como amigo ou namorado) (Allan & Gilbert, 1995; Barkow, 1980; Gilbert, 1992b; Kemper, 1990). Este instrumento avalia a forma como os indivíduos se comparam no relacionamento com os outros. Gilbert e Allan (1994) através de uma metodologia diferencial semântica (Osgood, Suci, & Tannenbaum, 1957) elaboraram uma versão inicial da SCS apenas com 5 itens relacionados com a hierarquia social. Os indivíduos classificavam a sua posição percebida ao longo de uma escala tipo *Likert* de 10 pontos, em que cada um dos extremos representava um dos pólos do construto avaliado. A medida foi melhorada, pelo acréscimo de mais 6 itens específicos para avaliar dimensões de atração e aceitação/ajustamento. A versão final ficou, então, composta por 11 construtos bipolares (e.g., inferior/superior, inseguro/mais seguro; rejeitado/aceite), em relação aos quais os indivíduos exprimem o modo como se percebem em relação a cada um destes construtos. Possui duas subescalas: Hierarquia (*Rank*) (e.g., inferior-superior; incompetente-competente) e Ajustamento/aceitação social (itens relacionados com a adaptação e a aceitação por parte de um grupo social a que se pertence) (e.g., rejeitado-aceite; desajustado-ajustado). Pontuações mais altas significam comparações sociais mais favoráveis.

O estudo das propriedades psicométricas da SCS foi efetuado numa amostra de estudantes universitários ($N = 263$) e numa pequena amostra clínica, com doentes deprimidos e com perturbações de ansiedade ($N = 32$). A escala revelou boa consistência interna ($\alpha = .91$) e a análise fatorial encontrou 2 fatores puros de hierarquia e de ajustamento ao grupo/aceitação social (Allan & Gilbert, 1995). O fator 1 consistia em itens relacionados com os construtos de hierarquia (e.g., inferior-superior, incompetente-competente, mais fraco-mais forte); o fator 2 incluía os itens relacionados com avaliações de ajustamento e aceitação relativamente a um grupo social (e.g., inadaptado-adaptado, rejeitado-aceite, diferente-igual). Na amostra clínica a análise de componentes principais demonstrou uma estrutura de 3 fatores, solução mais de acordo com o modelo teórico: hierarquia, ajustamento e atração social. Os valores de consistência interna obtidos nesta amostra foram igualmente elevados ($\alpha = .88$). No entanto, estes resultados devem ser interpretados com cautela dadas as limitações referentes ao número reduzido da amostra clínica. A escala mostrou capacidade discriminati-

va (diferencia grupos clínicos de não clínicos) e correlacionou-se com uma variedade de sintomas psicopatológicos. Comparações sociais mais negativas mostraram associações significativas com a psicopatologia, e especificamente com a depressão (Carvalho et al., 2007; Hedley & Young, 2006), perturbações do comportamento alimentar (Connan, Troop, Landau, Campbell, & Treasure, 2007; Troop & Baker, 2008) e ansiedade social (Birchwood et al., 2006; Cunha, Soares, & Pinto-Gouveia, 2008).

A versão portuguesa da SCS (Gato & Pinto-Gouveia, 2003), numa amostra alargada de 531 estudantes universitários, revelou, similarmente, uma solução de 2 fatores (hierarquia e comparação social) que explicam 58.5% da variância, com valores satisfatórios de consistência interna (alfa de Cronbach de .82 para a subescala hierarquia e alfa de Cronbach de .78 para a subescala ajustamento). Cunha (2005) encontrou valores de consistência interna muito semelhantes, assim como Carvalho e colaboradores (2007). A SCS é apresentada no Anexo 5.

F) Para avaliação dos processos de Regulação Emocional

Escala de Avaliação das Experiências Dissociativas (*The Dissociative Experiences Scale- Revised* – DES-II; Carlson & Putnam, 1993)

O termo dissociação é usado, atualmente, para descrever uma grande variedade de experiências dissociativas normais e patológicas. A dissociação remete, geralmente, para um conjunto de experiências e comportamentos que englobam alterações funcionais da memória, perceção e identidade, bem como para determinados processos psicofisiológicos subjacentes (Seligman & Kirmayer, 2008). Na verdade, as experiências dissociativas formam um *continuum*, desde experiências quotidianas de absorção, passando por formas mais intensas de dissociação como a despersonalização ou a desrealização, e culminando em fenómenos mais profundos como as amnésias dissociativas e as alterações da identidade (e.g., Perturbação Dissociativa da Identidade) (Seligman & Kirmayer, 2008). Grande parte da investigação atual parte da premissa que a dissociação representa uma variável contínua em ambos os grupos clínicos e não clínicos, e que a diferença entre dissociação patológica e não patológica poderá refletir uma mudança qualitativa em algum ponto ao longo do contínuo (Collins, 2004). A DES-II, deriva da DES⁶ (Bernstein & Putnam, 1986), e é um instrumento de

⁶ A Escala das Experiências Dissociativas (DES) foi inicialmente desenvolvida por Bernstein e Putnam (1986), para medir as experiências dissociativas em populações clínicas. Os itens foram construídos com base em experiências e relatos de indivíduos com perturbações dissociativas e nas discussões entre especialistas clínicos. Alguns dos itens traduzem experiências dissociativas diárias que ocorrem com a maioria das pessoas (e.g., “numa conversa com alguém, de repente percebermos que não ouvimos parte ou a totalidade da conversa”). Bernstein e Putnam (1986) afirmaram que a DES permitiu uma medição fidedigna da dissociação em ambas as populações (normais e clínicas), apesar de não ter como finalidade a aplicação em amostras normais (Carlson & Putnam, 1993). As instruções da medida original tornaram a escala

autorresposta composto por 28 itens que medem a frequência de experiências e comportamentos dissociativos. Estes fenómenos dissociativos incluem sentimentos de despersonalização, desrealização e amnésia psicogénica. Para tal, os itens englobam um conjunto de experiências em que o sujeito determina, numa escala de 0% a 100%, o grau em que a situação descrita se aplica a si, colocando um círculo em torno do número que representa a percentagem de tempo em que teve essa experiência. Estes itens variam desde a dissociação normal (e.g., “perda de consciência durante a condução”) à dissociação patológica (e.g., “amnésia de determinados aspetos e episódios de vida”). A medida permite obter um resultado total, em que pontuações mais elevadas significam mais dissociação.

Carlsón e Putnam (1993) e Elliason e colaboradores (1994 citado por Ross, 1997) compararam a DES-II com a escala original (DES; Bernstein & Putnam, 1986) e encontraram resultados similares. A DES-II demonstrou uma elevada consistência interna (alfa de Cronbach de .90), boa fidelidade teste-reteste e validade. Vários estudos foram realizados com vista a explorar a validade fatorial da escala, em amostras clínicas e não clínicas, não existindo concordância relativamente à forma como determinar o número de fatores (Carlson et al., 1991; Fischer & Elnitsky, 1990; Ray & Faith, 1995; Ray, June, Turaj, & Lundy, 1992).

Estudos realizados na população portuguesa (Matos & Pinto-Gouveia, 2007) ($N = 534$; estudantes e população geral) mostraram valores elevados de consistência interna (alfa de Cronbach de .95) e boa validade convergente e discriminante. A validade fatorial foi estudada e apresentou uma solução unifatorial composta pela totalidade dos itens, a qual explica 40.9 % da variância. No Anexo 11 é apresentada a DES-II.

Questionário de Aceitação e Ação (*Acceptance and Action Questionnaire-II – AAQ-II*; Bond et al., 2011)

Medida de autorresposta que visa avaliar o evitamento experiencial definido como um processo verbalmente mediado que envolve avaliações negativas excessivas dos eventos privados considerados indesejáveis (pensamentos, sentimentos, sensações) e uma incapacidade de experienciar esses eventos privados, associada a esforços deliberados para controlar ou escapar destes (Hayes, 1994; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), através da modificação da sua forma, frequência, intensidade ou duração mesmo quando tal se revela ineficaz ou interfere com as ações valorizadas (Hayes, Wilson, Gifford, Follete, & Strosahl, 1996; Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010). O AAQ-II é, então, uma medida geral que avalia o evitamento experiencial e a flexibilidade psicológica, construtos considerados nucleares no modelo de

morosa, para além de não questionarem os sujeitos respondentes acerca da ocorrência (ou não) de uma experiência dissociativa. A DES II, construída por Carlsón e Putnam (1993), constitui uma resposta alternativa a essa lacuna.

psicopatologia da ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Inicialmente, o AAQ-II era composto por 10 itens, mas a análise psicométrica final revelou a redução para 7 itens (Bond et al., 2011). Este instrumento pode ser usado como uma medida de aceitação, definida como a capacidade para aceitar pensamentos e sentimentos indesejados e o comprometimento em direções de vida na presença de experiências de vida potencialmente difíceis (Hayes et al., 1996) (e.g., item 1: “Não há qualquer problema quando me lembro de algo desagradável.”). Pelo contrário, ao ser usada como uma medida de evitamento experiencial, traduz a relutância para permanecer em contacto com experiências privadas (e.g., pensamentos, memórias, sensações, sentimentos) e a tentativa de alterar a forma e/ou frequência dessas experiências ou os contextos que as originam (Hayes et al., 2004) (e.g., item 2: “As minhas experiências e memórias dolorosas dificultam que eu viva uma vida que valorize.”). Apresenta um formato de resposta tipo *Likert* de 7 pontos (1 = Nunca verdadeiro; 7 = Sempre verdadeiro), com pontuações mais elevadas a indicarem mais evitamento experiencial (menor aceitação). O AAQ-II é uma revisão mais apurada da versão original de 9 itens (AAQ-I; Bond et al., 2007), com propriedades psicométricas mais robustas. Demonstrou uma excelente consistência interna e valores de fidelidade teste-reteste igualmente bons (de .81 e .79), para um período de 3 a 12 meses, respetivamente. A validade convergente e discriminante revelaram-se apropriadas (demonstradas pelas relações entre a escala e medidas gerais e específicas de psicopatologia). No que respeita à validade fatorial, a medida obteve uma estrutura unidimensional. O AAQ-II parece medir o mesmo conceito que o AAQ-I ($r = .97$) (Bond et al., 2011). Noutro estudo, McCracken & Zhao-O’Brien (2010), numa amostra de doentes com dor crónica ($N = 144$), encontraram resultados similares, ou seja, a consistência interna do AAQ-II mostrou-se satisfatória ($\alpha = .89$) e a análise fatorial revelou uma estrutura fatorial unitária. A aceitação psicológica mostrou-se significativamente correlacionada com a depressão ($r = -.69, p < .001$), a ansiedade relacionada com a dor ($r = -.59, p < .001$), a incapacidade física ($r = -.42, p < .001$) e com a incapacidade psicossocial ($r = -.65, p < .001$). Foram construídas e desenvolvidas versões do AAQ com o objetivo de detetar mudanças focadas nos processos em protocolos terapêuticos específicos, em áreas como o tabagismo (Gifford et al., 2004), peso (Lillis & Hayes, 2008), dor crónica (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004) e diabetes (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007).

Na versão portuguesa do AAQ-II (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2011) as qualidades psicométricas da medida foram estudadas numa amostra da população geral e numa amostra clínica portuguesas, tendo-se obtido na análise fatorial exploratória uma estrutura unidimensional com 7 itens, confirmada numa análise fatorial confirmatória, com um bom ajustamento do modelo. Esta versão demonstrou uma boa consistência interna e boa validade convergente e discriminante. O AAQ-II está incluído no Anexo 11.

G) Para avaliação do Afeto Positivo

Escala de Tipos de Afeto Positivo - ETAP (*Activation and Safe/Content Affect Scale*; Gilbert et al., 2008)

Estudos recentes na área das neurociências e da neurofisiologia das emoções, subjacentes à construção deste instrumento, mostraram que existem dois tipos de sistemas de regulação de afeto positivo (diferentes, mas interativos), com diferentes funções e mediadores fisiológicos (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; LeDoux, 1998; Panksepp, 1998). Um dos sistemas de regulação de afeto positivo está ligado ao sistema de procura de recursos (*drive*) orientado para os reforços/recompensas e para objetivos de segurança, sendo mediado pelos sistemas dopaminérgicos. Se esta procura é bloqueada são ativadas respostas de medo, tristeza e frustração defensiva (Panksepp, 1998). O outro sistema de regulação de afeto positivo, de afiliação-calor, sendo um sistema de desativação comportamental, surge quando o indivíduo não antecipa recompensas nem as procura, nem se sente ameaçado. O sistema mediado pelos opiáceos e oxitocina caracteriza-se por um estado de relaxamento, tranquilidade e segurança que é típico de quando nos sentimos seguros (relaxados, atenção aberta e no momento, curiosos e exploradores e não defensivos), em que o meio ambiente não é ameaçador e, portanto, nem a defesa nem a procura são necessárias, e o interesse básico é o de exploração (Gilbert, 2004b, 2005b). É por isso mesmo considerado um sistema de regulação de afeto especializado (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). O ETAP, medida de autorresposta, foca-se especificamente nos dois sistemas de regulação de afeto positivo supracitados. Os instrumentos de autorrelato existentes sobre o afeto positivo tendem a ser genéricos, abrangendo a experiência de afeto positivo no geral (e.g., Watson et al., 1995a) ou têm-se focado particularmente num aspeto do afeto positivo (e.g., ativação; Gray, 1987). Dada a hipótese de existência de uma estreita ligação entre a compaixão e o afeto positivo, bem como da necessidade de distinguir os diferentes tipos de afeto positivo associados à ativação de diferentes sistemas cerebrais, Gilbert e colaboradores (2008) construíram e desenvolveram a ETAP. Medida que pretende avaliar o grau em que os sujeitos experienciam diferentes tipos de emoções positivas (hipoteticamente associadas à ativação dos dois sistemas de regulação de afeto positivo). Nas instruções é pedido aos sujeitos que assinalem a frequência com que cada emoção é característica em si (grau em que é sentida e experimentada). Apresenta um conjunto de 18 palavras que descrevem diferentes emoções positivas, em que a escala de resposta é do tipo *Likert* de 5 pontos (0 = Nada característico em mim; 5 = Muito característico em mim).

A análise fatorial efetuada revelou uma solução de três fatores: Ativação/excitação (e.g., “excitado”, “dinâmico”, “ativo”) (itens 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 17), Relaxamento (e.g., “relaxado”, “calmo”, “pacífico”) (itens 2, 4, 7, 15, 16, 18) e Calor (segurança/contentamento)

(e.g., “seguro”, “caloroso”, “contente”) (itens 1, 10, 11, 12). O ETAP demonstrou uma boa consistência interna para a subescala ativação/excitação e relaxamento ($\alpha = .83$ e $\alpha = .73$, respetivamente) (Gilbert et al., 2008). Revelou também uma boa validade convergente com o COPAS (*Comprehensive Personality and Affect Scales*; Lubin & Whitlock, 2000). Os autores da versão original verificaram que a subescala Calor apresentou as associações negativas mais elevadas com a depressão, ansiedade e *stress*, autocrítica e vinculação insegura.

A versão da ETAP usada nesta investigação foi traduzida e adaptada por Dinis, Matos e Pinto-Gouveia (2008) para a população portuguesa. Em Portugal, o primeiro estudo desta medida foi o de Tinoco e Pinto-Gouveia (2007), numa amostra de 260 indivíduos da população geral. A dimensionalidade da escala revelou uma solução de 3 fatores com *eigenvalues* superiores a 1 que explicam 62.17% da variância total. O estudo das correlações entre os diversos fatores mostrou que as dimensões fatoriais da ETAP correlacionam-se significativamente com o total da escala ($p < .01$), oscilando a magnitude das correlações entre .707 e .861. Todos os itens da escala apresentaram correlações item-total moderadas a altas. A consistência interna da medida foi examinada através do cálculo do alfa de Cronbach, em que o valor obtido para o total da escala foi de .89. No que concerne às subescalas, os valores encontrados indicam uma boa consistência interna (.89) para as subescalas Excitação e Relaxamento e razoável para a subescala Calor (.78). No Anexo 6 é apresentada a ETAP.

H) Para avaliação do Otimismo Disposicional

Questionário de Orientação de Vida – Revisto (*Life Orientation Questionnaire Test-Revised* – LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994)

Os estudos desenvolvidos por Scheier e Carver (1985) acerca do otimismo assentam no modelo de Autorregulação do Comportamento, que, por sua vez, tem as suas raízes na Teoria das expectativas. De acordo com esta perspetiva, o otimismo é definido como a expectativa de resultado generalizada, relativamente estável, de que os resultados positivos ocorrerão em importantes e diferentes áreas da vida (Scheier & Carver, 1985). Aquando do desenvolvimento do LOT-R os autores estavam mais interessados em obter uma medida que permitisse avaliar as expectativas generalizadas acerca do futuro (otimismo disposicional) do que as expectativas de situações específicas. Apesar da sua ampla utilização, esta escala tem sido criticada pela comunidade científica, em que as críticas em causa subjazem ao próprio construto de otimismo. O LOT-R é um instrumento de autorresposta composto por 10 itens, 4 dos quais são filtros adicionais (itens 2, 5, 6 e 8), que visam avaliar as expectativas generalizadas para resultados positivos ou negativos. Cada item é cotado num formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (0 = Discordo completamente; 5 = Estou completamente de acordo). É pedido aos respondentes que assinalem qual a afirmação que mais se aproxima

do modo como veem a vida em geral. Os itens 3, 7, e 9 são recodificados. A medida permite obter uma pontuação total, em que resultados mais elevados indicam mais otimismo. A fidelidade, avaliada através do alfa de Cronbach, obteve um valor de consistência interna de .82 (Scheier, Carver, & Bridges, 1994).

A tradução e adaptação desta escala para a população portuguesa foram efetuadas por Carvalho e Pinto-Gouveia (2006), não estando ainda aferida para esta população. O LOT-R é apresentado no Anexo 10.

1) Para avaliação da Raiva

Inventário de Expressão do Traço-Estado da Raiva (*State-Trait Anger Expression Inventory* – STAXI; Spielberger, 1998; Spielberger & Sydeman, 1994)

Esta medida de autorresposta apresenta como finalidade principal avaliar experiências e expressões de raiva, englobando dois componentes conceptuais: o estado e traço de raiva. O estado de raiva é definido como sentimentos subjetivos de raiva que variam de intensidade, de acordo com a perceção de injustiça por parte dos outros ou ainda resultantes de frustração por bloqueio de objetivos, sendo medido na primeira parte da medida. Por sua vez, o traço de raiva é definido como a inclinação para perceber uma diversidade de situações como desagradáveis e frustrantes e a tendência para reagir a tais situações com níveis elevados do estado de raiva. O STAXI é um instrumento de autorresposta com 44 itens, especificamente construído para a avaliação da raiva. Os resultados da análise fatorial confirmaram a validade fatorial e identificaram cinco subescalas: raiva-estado, raiva-traço, internalização da raiva, externalização da raiva e controlo da raiva, sendo que a raiva-traço comporta duas subescalas temperamento-raiva e reação-raiva. A subescala *raiva-estado* (10 itens) (e.g., “Apetece-me gritar com alguém”) mede sentimentos de raiva experimentados “aqui e agora” ou num determinado período de tempo; a subescala *raiva-traço* (10 itens) (e.g., “Sou temperamental”) avalia as diferenças individuais na disposição para experimentar raiva, sendo que as subescalas que integram esta subescala, isto é, a subescala *temperamento-raiva* e a subescala *reação-raiva*, focam-se em avaliar as diferenças individuais na propensão para experimentar raiva na ausência de ser provocado e a frequência com que um indivíduo experimenta raiva quando é mal tratado ou criticado de modo injusto, respetivamente. As restantes subescalas são constituídas por 8 itens cada uma delas, a saber: a *externalização da raiva* (e.g., “Exprimo a minha ira”) que avalia sentimentos de raiva dirigidos a outras pessoas ou objetos; a *internalização da raiva* (e.g., “Amuo ou fico calado”) mede sentimentos de raiva não exteriorizados ou suprimidos e, finalmente, a subescala *controlo da raiva* (e.g., “Mantenho o sangue frio”) que diz respeito à frequência com que os sujeitos exercem controlo nos seus sentimentos de raiva. Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (1 = *Quase nunca*; 4 = *Quase*

sempre), obtendo-se um somatório da pontuação de todos os itens, e de resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Os resultados brutos obtidos poderão ser convertidos em percentis, recorrendo às tabelas de conversão. Valores situados entre o percentil 25 e 75 situam-se nos casos considerados “normais”. Contudo, os sujeitos com pontuações mais elevadas estão mais predispostos a expressar ou a suprimir a raiva. Acima do percentil 75, os sujeitos já experienciam sentimentos de raiva invalidantes. As subescalas componentes revelaram valores de consistência interna que variaram de bons a muito bons (.73 a .93).

A tradução, adaptação e aferição desta escala para a população portuguesa foram efetuadas por Silva, Campos e Prazeres (1999). Neste estudo, numa amostra de 731 estudantes do ensino secundário e 675 estudantes do ensino superior portugueses, os resultados obtidos foram satisfatórios. No anexo 7 é apresentado o STAXI.

J) Para avaliação das perturbações psiquiátricas em estudo

Perturbação *Borderline* da Personalidade

Questionário *Borderline* de Personalidade (*Borderline Personality Questionnaire – BPQ*; Poreh et al., 2006)

O Questionário *Borderline* de Personalidade (BPQ; Poreh et al., 2006) é um instrumento de autorresposta que visa avaliar os traços da perturbação *borderline* da personalidade com base nos critérios do DSM-IV (APA, 1994). Para a construção dos itens do questionário os autores adotaram como referência outras medidas que avaliam especificamente sintomas *borderline* (e.g., MMPI BPD) e a entrevista clínica estruturada para avaliação das Perturbações da Personalidade (SCID II, DSM-III-R; Spitzer, Williams, Gibbon & First, 1990). O BPQ é constituído por 80 itens dicotómicos ou bidirecionais que avaliam os 9 critérios clínicos *borderline*, organizados por nove subescalas, respetivamente. As nove subescalas são: a *impulsividade* (9 itens) (e.g., “Faço frequentemente coisas sem pensar bem nelas”), a *instabilidade afetiva* (10 itens) (e.g., “O meu humor alterna frequentemente ao longo do dia entre felicidade, raiva, ansiedade e depressão”), o *abandono* (10 itens) (e.g., “As pessoas abandonam-me frequentemente”), as *relações interpessoais* (8 itens) (e.g., “Exagero muitas vezes o potencial dos relacionamentos só para mais tarde descobrir que eles não resultarão”), a *autoimagem* (9 itens) (e.g., “Eu sinto que as outras pessoas não iriam gostar de mim se me conhecessem realmente bem”), o *suicídio/automutilação* (7 itens) (e.g., “Já ameacei magoar-me no passado”), *vazio* (10 itens) (e.g., “Sinto-me muitas vezes triste e abandonado”), *raiva intensa* (10 itens) (e.g., “Tenho problemas em controlar o meu temperamento”) e *estados quasi-psicóticos* (7 itens) (e.g., “Por vezes sinto que não sou real”). Cada item é cotado numa escala dicotómica, de 0 (“Não”) e 1 (“Sim”). A cotação total é obtida através do soma-

tório da pontuação de todos os itens, além de que a medida permite também a obtenção de resultados parciais (pontuação média de cada subescala). Pontuações elevadas sinalizam a presença de perturbação *borderline* da personalidade. No estudo da versão original os autores (Poreh et al., 2006) validaram as propriedades psicométricas do BPQ em três amostras não clínicas, culturalmente diferentes: uma amostra de sujeitos americanos ($N = 181$), uma amostra de sujeitos ingleses ($N = 223$) e uma amostra de sujeitos australianos ($N = 154$). Para estudar a dimensionalidade do questionário realizaram análises fatoriais em componentes principais com rotação oblíqua, para as pontuações das subescalas. Os resultados obtidos com as análises fatoriais mostraram que as três amostras apresentaram padrões substancialmente semelhantes nas cargas fatoriais, à exceção do fator suicídio/automutilação, raiva intensa e estados quasi-psicóticos. Apenas o fator impulsividade permaneceu ambíguo em relação ao fator 2 (instabilidade afetiva) nas três amostras. A medida apresentou uma elevada consistência interna para o total e razoável para a maioria das suas subescalas. A validade convergente revelou-se também satisfatória, particularmente com instrumento de autorresposta MMPI BPD, assim como a validade divergente.

A tradução e adaptação desta escala para a população portuguesa foram efetuadas por Coelho, Rijo e Pinto-Gouveia (2007), não estando ainda aferida para esta população. O BPQ é apresentado no Anexo 8.

4. Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do recurso ao *software* PASW (*Predictive Analytics Software*) *Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA) para as estatísticas descritivas e inferenciais. Nestas análises, recorreu-se a métodos estatísticos paramétricos e não paramétricos, sempre que necessário e adequado. Para os restantes estudos apresentados (Capítulo 4, Capítulo 5 e Capítulo 7) foi ainda utilizado o *software* Amos (*Analysis of Moment Structures*) (versão 19; SPSS Inc, Chicado, IL, USA) para a realização de Análises Fatoriais Confirmatórias e de Análises de Trajetórias (*Path Analysis*).

Em todos os estudos empíricos apresentados, procurou-se utilizar procedimentos estatísticos robustos e fidedignos, comprovado pela realização de três Análises Fatoriais Confirmatórias (cf. Capítulo 4) e de diversos modelos explicativos causais com o recurso a Análises de Trajetórias (*Path Analysis*) (cf. Capítulos 5 e 7). A utilização de Análise de Equações Estruturais (AEE) e do *software* Amos apresenta várias vantagens: a primeira relaciona-se com o considerar os erros de medida associados às variáveis em estudo. Ou seja, permite correlacionar os erros nas variáveis através de modelos de medida que retiram os erros de medida às variáveis aquando da estimação dos parâmetros do modelo. Outra vantagem ainda prende-se com o testar o ajustamento global dos modelos, assim como a significância individual de parâmetros que unifica vários métodos de estatística multivariada num quadro

conceptual único (Maroco, 2010a). Por outro lado, a AEE é uma técnica que apresenta maior flexibilidade em relação às hipóteses a testar, comparativamente a outros procedimentos estatísticos (e.g., regressão). E, por último, o *software* Amos permite a especificação completa dos modelos em estudo de forma visual, o que o torna um recurso de enorme utilidade funcional (Maroco, 2010a). A Análise Fatorial Confirmatória visa confirmar a qualidade de ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas (itens). A análise de trajetórias ou *Path Analysis* (modelação causal) permite estudar relações estruturais (efeitos diretos e efeitos indiretos) entre variáveis manifestas (exógenas e endógenas) a partir da estrutura correlacional observada entre essas variáveis. Respeitando a opção tomada ao longo desta dissertação, em cada capítulo empírico encontra-se desenvolvida, detalhadamente, a estratégia analítica e metodológica definida para cada estudo apresentado e discutido. Por esta razão, são apresentadas apenas globalmente, neste ponto, as análises estatísticas utilizadas.



Capítulo 4

Avaliação do Autocriticismo, da Autocompaixão e da Submissão.
Estudos preliminares de aferição das versões portuguesas das
Escala do Autocriticismo, da Escala da Autocompaixão
e da Escala de Comportamentos de Submissão

Capítulo 4

Avaliação do Autocriticismo, da Autocompaixão e da Submissão. Estudos preliminares de aferição das versões portuguesas das Escalas do Autocriticismo, da Escala da Autocompaixão e da Escala de Comportamentos de Submissão

O capítulo que se segue apresenta a validação de algumas medidas centrais nesta investigação para a população portuguesa, numa amostra alargada da população geral e da população clínica. São apresentados os estudos relativos à dimensionalidade das escalas, assim como os estudos da consistência interna e das propriedades dos itens, os estudos acerca da validade convergente e divergente e, por fim, os estudos acerca da estabilidade temporal das escalas.

“Que o medo não te tolha a tua mão

Nenhuma ocasião vale o temor

Ergue a cabeça dignamente irmão

Falo-te em nome seja de quem for

(...)

Mas tudo é apenas o que é

Levanta-te do chão põe-te de pé

Lembro-te apenas o que te esqueceu

Não temas porque tudo recomeça

Nada se perde por mais que aconteça

Uma vez que já tudo se perdeu”

Ruy Belo [letra], Camané [interpretação] (1995), faixa 4

1. Introdução

Como já referido, o autocrítico e a autocompaixão têm recebido, nos últimos anos, um interesse e atenção crescentes no domínio da investigação científica e da prática clínica. O autocrítico e autoataque estão entre as dificuldades mais nefastas nas sociedades ocidentais, prejudicando, seriamente, a felicidade e o bem-estar. À luz do modelo evolucionário e da teoria das mentalidades sociais, o autocrítico funciona como um ensaio interno hostil de dominância-submissão que reforça o sentimento de inferioridade (baixo *rank*) e de subordinação, e que contrasta com as estratégias de autocompaixão/*soothing* e autotranquilização (Gilbert, 2000c, Gilbert, 2004b; Gilbert, 2005a; Gilbert & Irons, 2004, 2005). Diversos estudos demonstraram que o autocrítico contribui para a psicopatologia, quer como um fator de personalidade associado a uma vulnerabilidade específica para a depressão (Blatt, 2004), quer como um processo diretamente associado à depressão e a outras formas de psicopatologia (Birchwood et al., 2001; Gilbert et al., 2001), quer ainda como um preditor de fraco ajustamento interpessoal e problemas psicológicos. Rector e colaboradores (2000) evidenciaram que os doentes com elevado autocrítico tendiam a obter fracos resultados na terapia cognitiva, mas que estes dependiam do grau de modificação do autocrítico. Na mesma linha, Teasdale e Cox (2001) mostraram que os indivíduos já recuperados da sintomatologia depressiva com uma diminuição no estado de humor tornaram-se mais autocríticos do que os indivíduos não deprimidos.

Por oposição, a autocompaixão implica um estado interno de calma e aceitação, com comportamentos ativos de exploração, criatividade, de afiliação e cuidado pelo *eu* (Gilbert, 2005a, 2007a, 2009b; Gilbert & Procter, 2006; Neff, 2003a). Constituindo experiências do *eu* diametralmente opostas e interligadas, a literatura atual aponta para a importância e necessidade do desenvolvimento de competências de autotranquilização e autocompaixão, fundamentais para lidar com ambientes adversos e hostis ou com o fracasso social ou individual, por um lado, e com o autocrítico e vergonha, funcionando como fatores protetores ou de resiliência, por outro lado. Se formos autocompassivos perante experiências de fracasso, de inadequação ou de vergonha, conseguimos ter uma atitude compreensiva, de calor e tolerância, reconhecendo que ser-se imperfeito e cometer erros faz parte da experiência humana comum (ou seja, alguma coisa que acontece a todos e não apenas “a mim”). Ao fazermos isso, colocamos a nossa experiência humana numa perspetiva mental mais clara e equilibrada, em que as emoções negativas experimentadas (ansiedade, raiva) não são suprimidas ou evitadas, mas sim aceites como são no momento presente. Esta capacidade de sermos capazes de analisar e encarar a nossa experiência como parte da condição humana protege-nos do egocentrismo excessivo dos nossos problemas e experiências internas, permitindo-nos lidar melhor com o sofrimento e manter o sentimento de ligação e conexão aos outros e a nós próprios. É por isso que a autocompaixão poderá ser um componente importante da inteligência emocional,

uma vez que envolve a capacidade de monitorização e identificação das emoções e de utilização competente dessa informação para guiar e orientar os nossos pensamentos e comportamentos (Salovey & Mayer, 1990 citado por Neff, 2003a). Os resultados promissores obtidos nos vários estudos realizados sobre a utilização de imagens autocompassivas e de autoaceitação pelos indivíduos com elevado autocrítico e vergonha (Gilbert & Irons, 2004; Gilbert et al., 2006; Gilbert & Procter, 2006; Lee, 2005) sugeriram que esta nova organização no estado da mente tem um efeito significativo na redução da sintomatologia depressiva e ansiosa, na vergonha e nos comportamentos de submissão (Gilbert, 2005a, 2005b; Gilbert & Procter, 2006).

Em relação à submissão, a teoria do *rank* social sugere que ambos os comportamentos de exploração (aquisição) e de defesa (submissão) centram-se em torno do desejo de ganhar e causar uma impressão favorável, e do medo de perder atratividade na mente dos outros (Barkow, 1989; Gilbert, 1989; Gilbert, 1992b, 1997a, 2000e; Leary, 1995). Na espécie humana, a preocupação com a existência de traços que os outros desaprovam, ou que não atribuem valor (e.g., não ser brilhante ou inteligente, ser chato) e a inexistência de competências valorizadas (e.g., atratividade física, habilidades atléticas) dá origem a uma percepção de inferioridade e defeito (baixo *rank*), responsável pela perda em situações de competição por objetivos biosociais (ser valorizado, estimado, querido, desejado, aceite e escolhido pelos outros). Isto é, a existência de crenças e sentimentos de inferioridade pessoal, acrescida de experiências de criticismo e ataques dos outros, e a permanência não desejada numa posição de inferioridade, podem ativar comportamentos de submissão (Gilbert, 1992b, 2000b). Os comportamentos de submissão são estratégias defensivas básicas cuja função se prende com a redução ou eliminação da agressão e intenção hostil do dominante, permitindo a reconciliação e a coesão social (Allan & Gilbert, 1997; Whelton & Greenberg, 2005). Os comportamentos de submissão podem envolver o escape ativo (fuga/evitamento) ou a inibição passiva (ficar imobilizado ou assumir atitudes posturais específicas, como evitar o olhar, baixar a cabeça), em que a função da inibição se destina à sinalização da “não ameaça” (do animal subordinado ao dominante) e ao evitamento da escalada do conflito (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, Price, & Allan, 1995). Fica, então, claro que a adoção de um perfil submisso e de monitorização atenta aos sinais de ameaça desativa a entrada em conflito com os dominantes, assegurando, assim, para o indivíduo a sua posição no grupo social ou a sua sobrevivência (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1998a, 1998b; Whelton & Greenberg, 2005). Pela sua função, a submissão constitui-se como uma estratégia adaptativa, em que alguns destes comportamentos poderão ser voluntários e, como tal, raramente se associam a estados patológicos (Allan & Gilbert, 1997). Por outro lado, comportamentos como a subordinação indesejada, o sentir-se inibido em situações de conflito, o obedecer involuntário, o escape e o ficar passivo perante desafios sociais podem surgir quando o indivíduo se sente impotente ou quando perde o controlo

sobre determinados recursos (Gilbert, 2000d). Esta subordinação involuntária mostra-se associada a vários estados psicopatológicos como a depressão, a sensibilidade interpessoal, a ideação paranoide (Allan & Gilbert, 1997; Pinto-Gouveia, Castilho, Matos, & Xavier, 2011), a vergonha, a derrota e o *entrapment* (Gilbert, Allan, Brough, Melley, & Miles, 2002). Partindo desta visão, para vários autores (Gilbert, 1992c; Price et al., 1994; Sloman et al., 1994), a depressão constitui um mecanismo psicológico que derivou da submissão quando não há possibilidade de escapar de outros dominantes ou de situações dominantes (*entrapment*). Muitos dos indivíduos deprimidos apresentam um historial de comportamentos de submissão nas relações interpessoais ou tornam-se submissos com a diminuição do estado de humor, o que evidencia a relação e a contribuição da submissão para diferentes tipos de psicopatologia (e.g., depressão, mas não só), quer em amostras normais quer em amostras clínicas (Allan & Gilbert, 1997; Price et al., 1994; Sloman et al., 1994). Outro dado interessante indica que a submissão e as ameaças à diminuição do estatuto estão ligadas a respostas fisiológicas de *stress* elevadas (Raleigh, McGuire, Brammer, & Yuwilder, 1984; Sapolsky, 1994; Shively, 1998).

Com a proliferação da investigação nesta área, têm surgido instrumentos específicos para avaliação do autocriticismo, da autocompaixão e da submissão no adulto. Face a este panorama, um dos contributos da nossa investigação centra-se na área da avaliação, com recurso ao desenvolvimento de instrumentos específicos que avaliem os referidos construtos, e aos estudos das suas qualidades psicométricas. Assim sendo, os estudos descritos neste capítulo foram realizados com o propósito de validar as versões portuguesas obtidas da Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS; *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale*; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004), da Escala das Funções do Autocriticismo e Autoataque (FSCS; *Functions of Self-Criticizing/Attacking Scale*; Gilbert et al., 2004), da Escala da Autocompaixão (SELFCS; *Self-Compassion Scale*; Neff, 2003a) e da Escala de Comportamentos de Submissão (SBS; *Submissive Behaviour Scale*; Allan & Gilbert, 1997) em amostras portuguesas. Mais especificamente, o primeiro estudo apresentado neste capítulo teve como objetivo principal examinar as qualidades psicométricas das versões portuguesas das escalas FSCRS e FSCS numa amostra alargada da população portuguesa; o segundo estudo apresentou também como propósito a validação da versão portuguesa da SELFCS, com a descrição das suas características psicométricas; o terceiro, e último estudo, pretendeu avaliar a versão portuguesa da SBS relativamente às suas propriedades psicométricas. Em síntese, todos estes estudos pretenderam contribuir para reforçar a utilidade das medidas em estudo, quer em termos de avaliação, quer em termos da prática clínica e de investigação.

2. Estudo 1 – A versão portuguesa da Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Autocriticismo e Autoataque (FSCS)

Existe um enorme e consistente trabalho científico acerca dos possíveis traços que predispõem para a psicopatologia, em particular, a depressão. A existência de duas dimensões básicas de personalidade e a sua ligação ao sofrimento psicológico é já conhecida e referida por vários autores: o desenvolvimento da capacidade de construir relações com os outros e o desenvolvimento do sentimento de autonomia associado a uma identidade individual positiva (autodefinição) (Blatt & Zuroff, 1992; Thompson & Zuroff, 2004). A ocorrência de problemas numa dessas dimensões desenvolvimentais pode contribuir para o aparecimento de características de personalidade disfuncionais: dependência e autocriticismo (Blatt, 1974 citado por Thompson & Zuroff, 2004), ambas associadas à psicopatologia. Com o objetivo de avaliar as referidas configurações disfuncionais de personalidade, Blatt e colaboradores (1976) construíram um questionário específico – *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ). Não deixa de ser interessante referir que estas configurações – dependência e autocriticismo – foram construídas como estilos negativos globais, com um foco específico nas relações sociais e na autodefinição, sendo que não identificam determinados subtipos importantes relacionados com cada uma destas configurações. Ressalta, então, que uma dessas dimensões de vulnerabilidade é o autocriticismo (Blatt, D’Affiliti, & Quinlan, 1982; Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff & Mongrain, 1987), existindo alguns instrumentos especificamente construídos para a sua avaliação (Blatt et al., 1982; Blatt & Zuroff, 1992). A maior parte da investigação existente (e prática clínica) abordou-o como um processo unitário e individual que varia apenas em grau e severidade, sendo que as medidas usadas (e.g., DEQ; Blatt et al., 1976, 1982, 1992; Blatt & Zuroff, 1992) não permitiam discriminar os diferentes tipos de autocriticismo e autoataque. O autocriticismo é um processo complexo, com múltiplas causas (Driscoll, 1988) e frequentemente associado à vergonha (Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992). Partindo deste pressuposto, alguns autores têm conceptualizado o autocriticismo como um construto multidimensional, com formas e funções específicas (Driscoll, 1989; Gilbert, 1997b, 2000d; Thompson & Zuroff, 1999). Thompson e Zuroff (2000) desenvolveram uma escala de autocriticismo que aborda dois domínios avaliativos do autocriticismo: um que resulta das comparações negativas com os outros e o outro que resulta do fracasso no atingir de padrões pessoais internos. Zuroff e colaboradores (2000, 2004), quando construíram esta escala de avaliação do autocriticismo (*The Levels of Self-criticism Scale*, LOCS), que possui dois níveis desenvolvimentais, basearam-se no conceito teórico de introjeção de Blatt e Blass (1992). O autocriticismo varia nestes dois níveis em que num dos extremos deste contínuo encontra-se a forma de autocriticismo baseada na realização de padrões de exigência que são facilmente externalizados, similar à perspectiva do outro dominante (Arieti & Bemporad, 1980). Estes padrões de exigência externos, devido ao sentimento

de incompetência inerente ao autocriticismo, são expressos como percepções de hostilidade e criticismo por parte dos outros e por sentimentos de fracasso, em comparação com os outros. Esta forma de autocriticismo pressupõe um sentimento global de inferioridade e de incapacidade de lidar com a vida, incluindo também o evitamento dos problemas quando são percebidos como inultrapassáveis. No outro lado do contínuo, situa-se o autocriticismo focado nos padrões de exigência internalizados, similar à perspectiva do dominante global (Zuroff et al., 2000), ou seja, implica uma avaliação autocrítica do *eu*, um sentimento crónico de fracasso em relação aos próprios ideais e valores e tentativas repetidas de atingir objetivos perfeccionistas e irrealistas (Thompson & Zuroff, 2004). Em síntese, a escala LOSC apresenta, então, duas dimensões: Autocriticismo Comparativo, definido como uma visão negativa do *eu* em comparação com os outros; e o Autocriticismo Internalizado. No Autocriticismo Comparativo, o foco centra-se em comparações desfavoráveis do *eu* com os outros que são vistos como superiores, hostis e críticos, o que, conseqüentemente, gera desconforto em situações de exposição e avaliação por parte dos outros. O Autocriticismo Internalizado traduz-se na visão negativa do *eu* em comparação com padrões elevados de exigência internos que resultam numa percepção de fracasso crónica em atingir esses mesmos padrões. O *eu* é visto como deficiente e imperfeito.

Por sua vez, Gilbert e colaboradores (2004) desenvolveram dois instrumentos de avaliação do autocriticismo numa amostra feminina de estudantes, com dois propósitos: (a) avaliar a forma como as pessoas se relacionam consigo próprias perante situações de fracasso e erro, de desapontamento pessoal e social e de perda de estatuto e atratividade (FSCRS), e (b) determinar as razões e motivos do autocriticismo e autoataque quando as coisas correm mal e quando existem obstáculos e contratempos (FSCS). De acordo com os autores, existem diferentes formas de relação interna do *eu* com o *eu*, duas delas relacionadas com o autocriticismo. O *eu inadequado*, em que a autocrítica se foca em sentimentos de inadequação e de inferioridade, com uma atenção particular nos erros/falhas e nos itens que são necessários corrigir e melhorar. Esta forma contribui para que o indivíduo se sinta internamente inferiorizado e diminuído pelas suas cognições críticas, com dificuldade em aceitar os seus fracassos e com um sentimento e vivência de desapontamento e autodeceção. O *eu detestado*, a forma mais extrema e tóxica do autocriticismo, caracteriza-se por uma vivência de autopunição marcada e por sentimentos de repugnância, aversão, ódio e desprezo pelo *eu*. Foca-se, fundamentalmente, no desejo de magoar, perseguir, insultar e agredir o *eu*. Finalmente, e por contraste, a forma *eu tranquilizador* pressupõe uma disposição e atitude positiva e calorosa para com o *eu*. Permite a aceitação, compaixão e compreensão dos erros e falhas como inerentes à condição humana, foca-se nos aspetos positivos (evocação de memórias positivas e de sucessos passados) e implica o encorajamento e incentivo, assim como a tranquilização, consolo e tolerância da autodeceção e sentimento de vulnerabilidade e fragilidade. No que con-

cerne às funções (FSCS), o autocrítica pode ter duas funções. A autocorreção e melhoria, visa o aperfeiçoamento e motivação do *eu* e está associada ao medo da inadequação. Esta função opera, assim, como uma espécie de autocorção que o indivíduo considera ser para o “seu próprio bem”, na tentativa de prevenir futuros erros e obstáculos e no sentido do aperfeiçoamento, crescimento e disciplina. A outra função, a autoperseguição/ataque é mais negativa e relaciona-se com um desejo de vingança e destruição de uma parte do *eu* que é considerada “má”, “fraca”, “tóxica”, e que por isso deve ser “eliminada”. Ou seja, nos indivíduos autocríticos que se perseguem, atacam e detestam, as razões residem no forçar o *eu* a submeter-se à dominância e poder da parte hostil (que funciona como abusadora) motivada por uma vontade de agredir, magoar, destruir e vingar-se do *eu* pelos erros e falhas cometidos. A FSCRS é uma medida de 22 itens que avalia a forma como as pessoas se autoavaliam (com cognições críticas ou de tranquilização) perante situações de fracasso ou erro. Na sua versão original, os autores com o recurso a uma análise fatorial em componentes principais com rotação oblíqua, estabelecido o critério de .40 para a inclusão de itens na interpretação dos componentes, obtiveram um valor de adequabilidade amostral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .929, com extração de três fatores com *eigenvalues* superiores a 1 que explicaram 58.38% da variância. O componente 1 correlacionou-se com o componente 2 e 3 com coeficientes de correlação de .399 e -.436, respetivamente, e o componente 2 e componente 3 com um valor de correlação de -.276. Dois itens foram retirados no decorrer da análise: o item 11 (“eu tento motivar-me”) e o item 12 (“penso que mereço isso”), dado que não se mostraram correlacionados significativamente com os restantes itens, como recomendado por Field (2000). A primeira subescala, *eu inadequado* (9 itens), conta para a maior parte da variância explicada e abrange sentimentos de inadequação e inferioridade do *eu* perante fracassos, obstáculos e recuos. A segunda subescala, *eu tranquilizador* (7 itens), refere-se a uma atitude positiva, de conforto e tranquilização para com o *eu*, e surgiu como um componente separado e contrário dos restantes. Finalmente, a terceira subescala, *eu detestado* (5 itens), relaciona-se com sentimentos mais aversivos, de repugnância, desprezo e ódio pelo *eu*, com o desejo de magoar e agredir o *eu* (Gilbert et al., 2004). A FSCRS demonstrou uma boa consistência interna, com alfas de Cronbach de .92 para a subescala *eu inadequado*, de .92 para subescala *eu tranquilizador* e de .86 para a subescala *eu detestado*, respetivamente. A validade da medida, no estudo original, foi demonstrada pelas suas correlações com outras medidas de autorresposta que medem construtos teoricamente relacionados (*Centre for Epidemiological Studies Depression Scale* - CES-D e LOSC). As formas do autocrítica e autotranquilização mostraram-se positivas e, moderadamente, correlacionadas com a depressão, avaliada pela CES-D. Apresentou correlações moderadas com as subescalas do LOSC, o que demonstrou que ambas medem aspetos diferentes do autocrítica e autoataque (Gilbert et al., 2004). Por sua vez, a FSCS é composta, na sua versão original, por 21 itens que traduzem possíveis razões e fun-

ções para o autocrítico. Os autores efetuaram uma análise fatorial em componentes principais com rotação oblíqua, com valores de KMO de .921. A validade fatorial desta medida revelou uma solução de dois componentes que explicavam 57.75% (*eigenvalues* de 9.01 e de 3.12) do total da variância. A primeira subescala *autocorreção* (13 itens), que conta para a maior parte da variância explicada, implica o desejo de aperfeiçoar, motivar e corrigir o *eu*, perante situações de fracasso e erros, ou quando as coisas correm mal. A segunda subescala *autoperseguição/ataque* (8 itens) envolve um nível de agressividade dirigido para o *eu*, corporizado no desejo de perseguir, magoar e destruir o *eu*. A consistência interna das duas subescalas da FSCS mostrou-se muito boa (*autocorreção*: $\alpha = .90$; *autoataque/perseguição*: $\alpha = .86$). A validade foi também demonstrada pela associação com as subescalas do LOSC e com a depressão (CES-D).

Os autores originais verificaram ainda que a dimensão mais negativa da FSCS (*autoperseguição/ataque*) apresentou correlações mais expressivas com a sintomatologia depressiva.

Assim, este primeiro estudo tem como principal objetivo a validação da FSCRS e da FSCS para a população portuguesa.

2.1. Método

2.1.1. Amostra

Foi constituída uma amostra de conveniência, com sujeitos da população não clínica que permitisse a realização do estudo da validade fatorial das medidas supracitadas, com recurso à análise fatorial exploratória em componentes principais. Esta amostra foi recolhida entre 2007 e 2008 e contou com a participação de estudantes de vários cursos do ensino superior da Universidade de Coimbra. Considerámos como critérios de exclusão dos participantes: (a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65; (b) preenchimento incompleto dos questionários de autorresposta; (c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão que comprometeriam o preenchimento correto das escalas.

A amostra final ficou constituída por 372 estudantes, sendo 123 sujeitos do género masculino (33.20%) e 249 do género feminino (66.80%). A média das idades do total da amostra é de 20.17 ($DP = 2.62$) e a média dos anos de escolaridade é de 12.92 ($DP = 1.33$). Verifica-se a existência de diferenças significativas entre os géneros no que diz respeito à idade, $t_{(370)} = 4.09$, $p < .001$, e aos anos de escolaridade, $t_{(370)} = 3.74$, $p < .001$, em que os homens são mais velhos e com mais escolaridade. Quanto ao estado civil, existe um predomínio de indivíduos solteiros, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nesta variável sociodemográfica ($\chi^2 = 1.49$, $p = .474$). As características demográficas da amostra de aferição estão representadas na Tabela 4.1.

Tabela 4.1. Características demográficas da amostra (N = 372)

	Masculino (n = 123)		Feminino (n = 249)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	20.94	2.51	19.79	2.59	4.09	.000
Anos Escolaridade	13.28	1.31	12.75	1.30	3.74	.000
	N	%	n	%	χ^2	p
Estado Civil					1.49	.474
Solteiro	123	100	246	98.8		
Casado	-	-	2	.8		
Viúvo	-	-	1	.4		

2.1.2. Instrumentos de medida

Todos os participantes preencheram um protocolo de investigação que continha medidas de avaliação, de autorresposta, do autocriticismo e dos índices de psicopatologia (síntomas depressivos, ansiosos e de *stress*). A bateria de instrumentos deste estudo incluiu a Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS; Castilho & Pinto-Gouveia, 2010), a Escala das Funções do Autocriticismo e Autoataque (FSCS; Castilho & Pinto-Gouveia, 2010) e as Escalas de Depressão, Ansiedade e *Stress* (EADS-42; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A caracterização das medidas usadas encontra-se descrita no Capítulo 3, ponto 3.

2.1.3. Procedimentos

2.1.3.1. Procedimento metodológico

Procedeu-se à adaptação das medidas do autocriticismo para a língua portuguesa após terem sido garantidos os aspetos éticos referentes à autorização para a sua utilização pelo autor original. Os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa por um psicólogo que domina ambas as línguas e especialista no modelo conceptual subjacente à construção da medida. Foi realizada também a retroversão e a revisão deste procedimento por um tradutor especializado, de forma a assegurar a equivalência de conteúdo das versões inglesa e portuguesa. A bateria de questionários foi administrada pela autora aos participantes, alunos matriculados em várias licenciaturas na Universidade de Coimbra, em contexto de sala de aula, demorando uma média de 40 minutos o seu preenchimento. À bateria juntou-se uma folha de rosto com uma explicação sumária dos objetivos do estudo e com espaço para recolha de dados sociodemográficos. Na página inicial fazia-se ainda referência ao anonimato de cada participante, à importância do preenchimento global da bateria de escalas e à confidencialidade dos dados usados apenas no contexto da investigação (cf. Anexo 1). Foi também solicitado o seu consentimento informado. A participação no estudo foi voluntária, tendo a recolha de dados decorrido entre 2007 e 2008.

2.1.3.2. Especificação dos instrumentos

Um dos instrumentos em estudo, a Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS) é constituída por 22 itens que avaliam a forma como as pessoas se auto-

criticam e autotranquilizam perante situações de fracasso e erro. Apresenta 3 subescalas: *Eu Inadequado*, que reflete o sentimento de inadequação e de inferioridade do *eu* perante fracassos, obstáculos e erros (9 itens); o *Eu Detestado*, que avalia uma resposta mais destrutiva baseada em sentimentos de aversão e num desejo de magoar, perseguir e agredir o *eu* (5 itens); e o *Eu Tranquilizador*, que remete para uma atitude mais positiva e calorosa, de conforto, compaixão e de tranquilização pelo *eu*, quando erramos ou falhamos (8 itens). O outro instrumento em estudo, a escala das Funções do Autocriticismo e Autoataque (FSCS) é composto por 21 itens que avaliam as possíveis razões e motivos pelos quais as pessoas se criticam em situações de fracasso ou erro, divididos em 2 subescalas: *Autocorreção*, que reflete a tendência para corrigir, melhorar e aperfeiçoar o *eu* quando falhamos no atingir de objetivos biossociais (13 itens); e *Autoataque*, que se caracteriza por uma “perseguição interna” motivada pelo desejo de agredir, magoar, destruir o *eu* perante situações de fracasso e erro (8 itens).

2.1.3.3. Estratégia analítica

Neste estudo, recorreu-se ao *Software PASW (Predictive Analytics Software) Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA) para análise dos dados. O desenho do estudo é de natureza transversal. Para a análise de dimensionalidade das escalas do Autocriticismo (FSCRS e FSCS), optou-se pela Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP) com Rotação Oblíqua para testarmos a composição da escala e as relações entre as variáveis que compõem cada dimensão (Tabachnick & Fidell, 2007). Foram testados os pressupostos exigidos para a realização desta análise estatística. Um deles reporta-se ao tamanho da amostra, em que o rácio mínimo recomendado é de 300 sujeitos. Este critério foi atingido na sua totalidade ($N = 372$). O outro pressuposto prende-se com os coeficientes de correlação dos itens, cujo valor deve ser acima de .30 (Pallant, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007). Os dados obtidos mostraram-se adequados e possibilitam os estudos da dimensionalidade das medidas. Decidiu-se pela AFCP por ser um procedimento exploratório que permite verificar o agrupamento das variáveis em componentes, considerando a variância total disponível. A utilização da Rotação Oblíqua justifica-se por ser a replicação da opção metodológica do estudo original (Gilbert et al., 2004) e por se tratar de uma metodologia aplicável quando os componentes subjacentes se mostram expressivamente correlacionados. Os fatores comuns retidos foram aqueles que apresentaram um *eigenvalue* superior a 1 (critério de Kaiser), em consonância com o *Scree-Plot* e a percentagem de variância retida. De acordo com Maroco (2010b), o critério de Kaiser ou a regra do *eigenvalue* superior a 1 determina que se devem reter os fatores que expliquem mais informação (i.e., variância) do que a informação estandardizada de uma variável original. Por sua vez, o critério do *Scree-Plot* permite, através da representação gráfica dos fatores (no eixo das abcissas) e os respetivos *eigenvalues* (no eixo das

ordenadas), compreender qual a importância relativa de cada fator na explicação da variância total das variáveis originais. Com base nisto, devem reter-se os fatores até ao ponto de inflexão da curva que relaciona o número do fator e o respetivo *eigenvalue*. Finalmente, o critério relativo à variância extraída por cada fator e a variância total traduz o facto de se reterem os fatores que extraírem pelo menos 5% da variância total; ou extrair o número mínimo de fatores de forma a explicar pelo menos 50% da variância total das variáveis originais (Maroco, 2010b). A fim de testarmos a validade da AFCP, utilizou-se o critério da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), uma medida da homogeneidade das variáveis que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. O teste de Esfericidade de Bartlett, sendo um teste sensível à dimensão da amostra, exige ainda que as variáveis apresentem distribuição normal multivariada, o que denota a sua sensibilidade à violação deste pressuposto.

2.1.4. Resultados

2.1.4.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skewness* e *Kurtosis*, respetivamente). Os resultados mostraram que as variáveis não têm uma distribuição normal ($K-S, p \leq .001$) e os valores de *Skewness* e de *Kurtosis* não apresentaram graves enviesamentos (Kline, 1998). Utilizámos testes paramétricos, pela robustez que apresentam face a violações à normalidade das variáveis (Maroco, 2010b). A análise dos *outliers* foi efetuada com recurso a representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e *Quartis-Box Plot*), tendo sido identificadas algumas observações extremas. Optou-se pela não eliminação destes valores residuais, dado que não comprometeriam os procedimentos estatísticos realizados.

2.1.4.2. Dimensionalidade das escalas

2.1.4.2.1. Análise fatorial exploratória

Para estudar a estrutura fatorial dos itens da FSCRS e da FSCS, recorreu-se ao método de Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP). Tratando-se dos primeiros estudos de validade de construto na população portuguesa destas escalas, optou-se, num primeiro momento, por esta análise.

No que concerne à Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS), o valor da medida de adequabilidade amostral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (.910) obtido e o teste de esfericidade de Bartlett de 3630.936 ($p < .001$), permitiram a realização da AFCP. A análise da solução permitiu extrair três fatores com *eigenvalues* superiores a 1 que explicam 53.22% da variância total. A análise dos valores das comunalidades mostrou uma boa relação dos itens com o modelo encontrado.

Na Tabela 4.2. são apresentados os fatores com os itens que os compõem e respectivas saturações, os valores de consistência interna de cada fator, bem como as comunalidades para cada item.

Tabela 4.2. Análise de Componentes Principais (Rotação Oblíqua, solução forçada a 3 fatores), na amostra da população não clínica (N = 372)

Fator 1 – Eu inadequado ($\alpha = .89$)	F ₁	F ₂	F ₃	Comunalidades
1. Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a).	.62	-.15	.14	.56
2. Há uma parte de mim que me inferioriza.	.69	-.19	.08	.64
4. Tenho dificuldade em controlar a minha raiva e frustração comigo mesmo(a).	.59	.01	.22	.50
6. Há uma parte de mim que sente que não é suficientemente boa.	.66	-.14	.15	.52
7. Sinto-me derrotado(a) pelos meus pensamentos autocríticos.	.66	-.19	.09	.61
14. Lembro-me e penso muito nos meus fracassos.	.77	-.06	-.07	.59
15. Chamo nomes a mim mesmo(a).	.34	.02	.33	.30
17. Não consigo aceitar fracassos e contratempos sem me sentir inadequado(a).	.68	.08	.18	.55
18. Penso que mereço o meu autocríticismo.	.65	.12	.05	.42
20. Há uma parte de mim que se quer libertar dos aspetos de que não gosta.	.82	.11	-.22	.55
22. Não gosto de ser como sou.	.47	-.16	.25	.46
Fator 2 – Eu tranquilizador ($\alpha = .87$)				
3. Sou capaz de me lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas.	-.08	.69	.06	.48
5. Perdoo-me facilmente.	-.25	.45	.13	.30
8. Continuo a gostar de quem eu sou.	-.18	.67	-.06	.59
11. Continuo a sentir que posso ser amado(a) e que ainda sou aceitável.	.05	.73	-.07	.54
13. É-me fácil gostar de mim mesmo(a).	-.16	.72	.03	.59
16. Sou carinhoso(a) e cuido de mim mesmo.	.09	.77	-.09	.60
19. Sou capaz de cuidar e preocupar-me comigo mesmo(a).	.16	.82	-.08	.65
21. Encorajo-me a mim mesmo(a) em relação ao futuro.	.11	.77	-.01	.55
Fator 3 – Eu detestado ($\alpha = .62$)				
9. Fico tão zangado(a) comigo mesmo(a) que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo(a).	.11	-.00	.70	.56
10. Tenho um sentimento de nojo por mim mesmo(a).	-.10	-.07	.83	.67
12. Deixo de me importar comigo mesmo(a).	.18	-.03	.61	.50

Da observação da Tabela 4.2., verifica-se que todos os itens revelam comunalidades moderadas a elevadas (superiores a .35) e saturações fatoriais elevadas (entre .45 e .83), valores acima dos pontos de corte sugeridos por Tabachnick e Fidell (2007), à exceção do item 15 (.30) e o item 5 (.30) com valores abaixo de .35. O item 15 satura no fator 1 (*eu inadequado*), com um peso fatorial de .34 e no fator 3 com um peso fatorial de .33, o que é demonstrativo da sua fraca capacidade discriminativa em relação aos dois fatores em causa, pelo que será de ponderar a sua eliminação da análise. A ordem dos fatores encontrada é semelhante ao instrumento original, apesar de existirem pequenas diferenças em relação à versão original. Os

itens 15 e 22, originalmente colocados no fator *eu detestado*, saturaram na presente análise no fator 1. Mais especificamente, o fator 1, responsável por 34.43% da variância total (*eigenvalue* de 7.575) é constituído por itens que refletem uma visão defeituosa e inadequada do *eu* perante fracassos e obstáculos e que origina sentimentos de inferioridade e derrota (e.g., “Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a)”, “Há uma parte de mim que sente que não é suficientemente boa”, “Lembro-me e penso muito nos meus fracassos”) sendo, por isso mesmo, designado de *eu inadequado*. O fator 2, *eu tranquilizador* explica 12.99% da variância (*eigenvalue* de 2.858), é constituído por 8 itens que traduzem uma relação do *eu* com o *eu* pautada pela aceitação, tranquilização e compaixão perante situações de embaraço e fracasso (e.g., “Perdoo-me facilmente”; “Sou capaz de lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas”; “Sou carinhoso(a) e cuido de mim mesmo(a)”). Por último, o fator 3 contribui para 5.90% da variância (*eigenvalue* de 1.298) e diz respeito ao sentimento de autopunição, ódio e repugnância pelo *eu* marcado pelo desejo contínuo de perseguir e eliminar o *eu* (e.g., “Tenho um sentimento de nojo por mim mesmo(a)”; “Fico tão zangado(a) comigo mesmo(a) que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo(a)”; “Deixo de me importar comigo mesmo(a)”) designado, conseqüentemente, por *eu detestado*.

Tabela 4.3. Análise de Componentes Principais (Rotação Oblíqua, solução forçada a 2 fatores), na amostra da população não clínica (N = 372)

Fator 1 – Autocorreção ($\alpha = .91$)	F ₁	F ₂	Comunalidades
1. Para ter a certeza que mantenho os meus padrões.	.70	-.13	.44
3. Para mostrar que me preocupo com os meus erros.	.67	.02	.47
5. Para deixar de ser preguiçoso.	.70	-.11	.45
7. Para me disciplinar.	.73	.00	.54
11. Para impedir de me tornar excessivamente confiante.	.55	.06	.33
14. Para me obrigar a concentrar.	.83	-.10	.63
15. Para obter tranquilização dos outros.	.46	.32	.42
16. Para impedir de me tornar arrogante.	.63	.13	.47
17. Para prevenir futuros embaraços.	.73	.12	.61
18. Para me lembrar dos meus fracassos anteriores.	.51	.32	.49
19. Para me impedir de cometer pequenos erros.	.75	.05	.60
20. Para me lembrar das minhas responsabilidades.	.86	-.06	.71
Fator 2 – Autoataque ($\alpha = .83$)			
2. Para me impedir de ser feliz.	-.05	.60	.34
4. Porque se me prevenir, isso me faz sentir melhor.	.10	.67	.51
6. Para fazer mal a uma parte de mim.	-.11	.79	.56
8. Para me punir pelos meus erros.	.19	.55	.42
9. Para lidar com os meus sentimentos de repugnância por mim mesmo(a)	.15	.65	.53
10. Para me vingar de uma parte de mim mesmo(a).	-.03	.81	.64
11. Para deixar de me sentir zangado(a) com os outros.	.28	.34	.27
13. Para destruir uma parte de mim.	-.18	.75	.49
21. Para atacar as coisas que detesto em mim.	.18	.61	.49

Repetiu-se o mesmo procedimento para a Escala das Funções do Autocriticismo/Autoataque (FSCS). Foi realizada uma Análise em Componentes Principais com Rotação Oblíqua. Para a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), foi obtido o valor de .920, revelando uma boa adequação da amostragem, assim como o teste de esfericidade de Bartlett

($\chi^2 = 3661.220$; $p < .001$) se mostrou significativo, o que permitiu prosseguir os cálculos. Foi utilizada a regra do *eigenvalue* superior a 1 como critério de retenção e analisados os resultados obtidos pelo *Scree Plot*. Assim, foi testada a solução de dois fatores através da rotação oblíqua aos 21 itens, sendo que esta solução permitiu explicar 49.53% da variância total. A análise dos valores das comunalidades mostra a existência de uma boa relação dos itens com o modelo encontrado (superiores a .35), à exceção do item 11 (.33), do item 2 (.34) e do item 12 (.27), assim como saturações fatoriais elevadas (entre .46 e .86), acima dos pontos de corte sugeridos por Tabachnick e Fidell (2007). O item 12 satura no fator 2 (*autoataque*) com um peso fatorial de .34 e no fator 1 (*autocorreção*) com um peso fatorial de .28, sugerindo uma fraca capacidade discriminativa, pelo que será de ponderar a sua eliminação. A ordem dos fatores encontrada é semelhante ao instrumento original (cf. Tabela 4.3.).

Um dos fatores da escala das funções do autocrítico, o fator 1, designa-se de *autocorreção*, e 12 dos itens saturam neste fator. Este fator contribui para 36.89% da variância total explicada (*eigenvalue* de 7.747), sendo que o item que apresenta saturação mais elevada é o item 20 “Para me lembrar das minhas responsabilidades”. Os indivíduos autocríticos acreditam que o autocrítico os impede de cometer erros, os ajuda a reagirem, e a agirem no sentido correto, assim como a melhorarem o seu desempenho. O fator 2 designado de *autoataque* possui 9 itens e explica 12.64% da variância total (*eigenvalue* de 2.655). O item que satura mais é o item 10 “Para me vingar de uma parte de mim mesmo(a)”. O autocrítico focado no autoataque e autoperseguição está mais relacionado com uma visão detestada do *eu*, em que há agressão, dano e vingança dirigida ao *eu*.

2.2. Análise fatorial confirmatória

Tendo em conta que a Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP) constitui apenas um método exploratório, sem indicação da qualidade da estrutura fatorial particular retida, decidiu-se efetuar, num segundo momento, uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com o propósito de testar a qualidade de ajustamento do modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas (Maroco, 2010a). Por outro lado, dado que existe um modelo teórico devidamente estabelecido, subjacente à construção dos instrumentos em estudo, impunha-se a realização de uma análise que confirmasse a matriz fatorial obtida com outros métodos, noutros estudos (Gilbert et al., 2004). Neste contexto, a AFC parece ser a opção mais acertada (Kline, 1998, 2011; Maroco, 2010a). Assim, para que o estudo da validade fatorial confirmatória das escalas FSCRS e FSCS pudesse ser efetuado com segurança, seguiu-se a regra da proporção de 10 sujeitos por variável, como o tamanho mínimo aceitável para garantir a estabilidade da solução a testar. Para isso, foi constituída uma amostra mais alargada de 630 indivíduos, da população não clínica e da população clínica, recolhida entre 2007 e 2009.

2.2.1. Amostra

Para a realização deste estudo utilizou-se uma amostra de conveniência de 381 indivíduos da população não clínica, em que se procurou obter o rácio mínimo exigido para a realização segura e sólida da AFC. Foram considerados os mesmos critérios de exclusão dos participantes: (a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; (b) preenchimento incompleto das escalas; (c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão que comprometeriam preenchimento correto das escalas. No que concerne à amostra clínica acrescentaram-se alguns critérios de exclusão específicos: (e) escolaridade inferior ao 4º ano; (f) presença de doença psicótica ou bipolar; e (g) défice cognitivo ou deficiência mental.

Dos 381 indivíduos da população não clínica, 270 são estudantes da Universidade e de Institutos Superiores de Coimbra, de diversas licenciaturas e anos curriculares, e os restantes 111 são indivíduos da população geral, trabalhadores de diversas instituições e empresas das regiões Centro e Norte. Oitenta e quatro (22%) são sujeitos do género masculino, enquanto que 297 (78%) são do género feminino, com uma média de idades de 22.49 ($DP = 7.75$) e de anos de escolaridade de 13.00 ($DP = 1.88$). No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos sujeitos da amostra é solteira ($n = 339$; 89%), com alguns a pertencerem ao estado civil casado ($n = 41$; 10.8%). Quanto ao estatuto socioeconómico, a maioria é estudante ($n = 268$; 70.3%), 23.6% (90) pertencem ao nível socioeconómico médio, 3.1% ao nível socioeconómico baixo e apenas 2.9% pertencem ao nível socioeconómico elevado (cf. Tabela 4.4.).

Por sua vez, a amostra clínica foi recrutada de vários departamentos de Psiquiatria de vários Hospitais públicos, das zonas Norte e Centro do país, a saber: Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra; Gabinete de Psicologia dos Serviços e Ação Social do Instituto Politécnico de Coimbra e Departamento de Psiquiatria do Hospital Cova da Beira, Covilhã. A recolha dos doentes foi operacionalizada, após a aprovação da Comissão de Ética da Saúde Mental das duas unidades hospitalares participantes, respetivamente. Os doentes participantes foram recrutados mediante sinalização prévia efetuada pelos psicoterapeutas e psiquiatras responsáveis. A avaliação e confirmação diagnóstica foram realizadas mediante a passagem de entrevistas estruturadas validadas, nomeadamente, a Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações do Eixo I do DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* – SCID I; First et al., 1997), a Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações de Ansiedade do DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* – ADIS-IV; DiNardo et al., 1994), Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* – SCID II; First et al., 1997) e Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação do Índice de Severidade da

Perturbação *Borderline* da Personalidade (*Borderline Personality Disorder Severity Index* – BPDSI-IV; Arntz et al., 2003) (c.f. Capítulo 3, ponto 3). A amostra clínica foi recolhida entre junho 2007 e dezembro de 2009 e ficou constituída por 249 doentes com patologia do Eixo I e do Eixo II que apresentavam na sua maioria perturbações sintomáticas comórbidas. Mais concretamente, 73.49% ($n = 183$) preencheram critérios para perturbações do Eixo I e Eixo II, 19.68% ($n = 49$) para perturbações do Eixo II e 6.83% ($n = 17$) para perturbações do Eixo I. A média das idades dos sujeitos é de 28.75 ($DP = 8.77$) e dos anos de escolaridade é de 14.21 ($DP = 3.28$). A maioria dos sujeitos pertence ao género feminino ($n = 188$; 75.5%), enquanto que 61 (24.5%) indivíduos pertencem ao género masculino. Quanto ao estado civil, predominam os indivíduos solteiros ($n = 181$; 72.7%), seguidos dos casados ($n = 53$; 21.3%). No que concerne ao nível socioeconómico, 109 indivíduos (43.8%) são estudantes, 76 (30.5%) pertencem ao nível socioeconómico elevado e, por fim, 32 (12.9%) dos indivíduos pertencem ao nível socioeconómico baixo e ao nível socioeconómico médio, respetivamente (cf. Tabela 4.4.).

Tabela 4.4. Características demográficas das amostras de aferição

	Amostra Não Clínica ($N = 381$)		Amostra Clínica ($N = 249$)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	22.49	7.75	28.75	8.77
Anos de Escolaridade	13.00	1.88	14.21	3.28
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género				
Masculino	84	22	61	24.5
Feminino	297	78	188	75.5
Estado Civil				
Solteiro	339	89	181	72.7
Casado	41	10.8	53	21.3
Divorciado	1	.3	10	4.0
Viúvo	-	-	3	1.2
União de Facto	-	-	2	.8
Nível Socioeconómico				
Baixo	12	3.10	32	12.9
Médio	90	23.6	32	12.9
Elevado	11	2.9	76	30.5
Estudantes	268	70.3	109	43.8

2.22. Procedimentos

2.2.2.1. Procedimento metodológico

Procedeu-se à adaptação prévia das medidas para a Língua Portuguesa, com tradução-retroversão, de forma a garantir a comparabilidade das versões portuguesas com a versão original. Os itens foram traduzidos da língua inglesa para a portuguesa, tendo sido verificados os aspetos relativos à semelhança lexical e conceptual, preservando o conteúdo do item.

Os participantes envolvidos no estudo foram previamente informados dos objetivos, tomando conhecimento dos mesmos pela leitura de um texto de consentimento informado (cf. Anexo 1). Foi ainda facultada pela investigadora responsável informação referente à na-

tureza dos dados, à confidencialidade, ao anonimato e à participação de carácter voluntário. No que concerne aos estudantes universitários, a recolha foi efetuada quase sempre em contexto de sala de aula, demorando, em média, 40 minutos. Quanto aos indivíduos da população geral estes foram recrutados, na sua maioria, nos seus locais de trabalho, tendo sido organizada e planificada uma sessão especificamente para esse efeito. A restante minoria que preencheu a bateria de instrumentos foi recolhida pelos estudantes do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra pertencentes às suas famílias de origem e alargada, ao seu grupo de amigos e rede social mais vasta (conhecidos). Por último, a amostra clínica foi recolhida entre 2007 e 2009 em vários serviços de saúde mental de diversas zonas de país, com especial incidência na Região Centro, e também na clínica privada de psicoterapeutas experientes.

2.2.2.2. Estratégia analítica

O estudo teve um desenho transversal. Procedeu-se à Análise Fatorial Confirmatória (AFC) de forma a examinar as relações entre as variáveis observadas e latentes e as correlações entre as últimas. Sendo um modelo que se baseia em fundamentos observacionais e/ou teóricos, permite ao analista especificar a estrutura do modelo antes da análise, e com isso verificar se os dados suportam o modelo em questão. A análise da qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi feita de acordo com os índices de ajustamento e respetivos valores de referência e consiste em verificar se o modelo proposto se afasta ou aproxima da matriz de dados recolhidos, ou seja, se traduz uma explicação adequada ou fraca do construto. O teste do Qui-Quadrado¹ permite avaliar a qualidade do modelo *per se*, sem comparação com outros modelos e, assim, aceitar a hipótese subjacente ao teste (hipótese nula). Para além deste indicador, optou-se por três² índices relativos para a avaliação da qualidade do modelo: o CFI (*Comparative Fit Index*), o TLI (*Tucker and Lewis Index*) e o RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), por se entender que constituem as medidas mais adequadas dentro de um vasto leque de indicadores possíveis (Maroco, 2010a; Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Muller, 2003). A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens (que indica a consistência e a reprodutibilidade da medida). Calculou-se também a fiabilidade compósita, medida particularmente apropriada para a análise fatorial e que estima a consistência interna dos itens reflexivos do fator, indicando o grau em que os mesmos são manifestações do fator latente (Maroco, 2010a). Pretende-se,

¹ O ajustamento considera-se perfeito se $\chi^2/g.l = 1$, bom; se $\chi^2/g.l$ for inferior a 2, aceitável; se inferior a 5; e inaceitável para valores superiores a 5 (Kline, 2011; Maroco, 2010a)

² CFI: valores inferiores a 0.9 indicam um mau ajustamento; valores entre [0.9; 0.95[indicam um ajustamento bom e valores superiores ou iguais a 0.95 indicam um ajustamento muito bom. TLI: os valores usuais variam entre 0 e 1, sendo que valores próximos de 1 indicam um ajustamento muito bom. RMSEA: valores inferiores a 0.05 indicam um ajustamento muito bom; valores]0.05; 0.10] ajustamento bom.

com estes indicadores, perceber se os parâmetros estimados de forma ótima são interpretáveis do ponto de vista daquilo que se conhece do construto e da relação entre as variáveis. Por último, a validade fatorial é demonstrada pelo cálculo da validade convergente por intermédio da variância extraída média (VEM³) (Fornell & Larcker, 1981 citado por Maroco, 2010a) (que avalia se o comportamento dos itens é explicado fundamentalmente pelo fator a que pertencem) e da validade discriminante que avalia se os itens de um determinado fator não estão correlacionados com outros fatores, e que se calcula através da comparação das VEM com os quadrados da correlação entre fatores (Maroco, 2010a). Procedeu-se também à análise da consistência interna através do cálculo do alfa de Cronbach, considerada a melhor estimativa de fidelidade de um teste (Nunnally, 1978). A qualidade dos itens foi examinada através do cálculo da correlação do item com o total da escala exceto o próprio item (Nunnally, 1978). A estabilidade temporal foi pesquisada através do coeficiente de correlação paramétrico de Pearson, assim como a validade convergente e divergente. Para a análise inferencial, optou-se por técnicas de estatística univariada não paramétrica para verificação das diferenças em relação à média das variáveis em estudo, nos três grupos (teste de Mann-Whitney- Wilcoxon e teste de Kruskal-Wallis). O teste de Mann-Whitney- Wilcoxon é um teste não-paramétrico alternativo ao teste *t*-Student para comparar as médias de duas amostras independentes. O único pressuposto exigido para a aplicação deste teste é que as duas amostras sejam independentes e aleatórias, e que as variáveis em análise sejam numéricas ou ordinais. Quanto ao teste Kruskal-Wallis, este pode ser encarado como uma generalização do teste de Mann-Whitney-Wilcoxon para mais de dois grupos. É um teste não paramétrico para a comparação de medianas. Não obriga a nenhum pressuposto relativo à distribuição dos dados. Optou-se também pela utilização de testes paramétricos (ANOVA com teste *post-hoc* de Bonferroni), mais robustos, para confirmação das diferenças encontradas na comparação dos grupos populacionais. A ANOVA é um teste paramétrico para a comparação de médias entre três ou mais grupos. Assume a distribuição normal dos dados, a independência das amostras e a normalidade dos erros. Por sua vez, o teste de Bonferroni é usado como teste *post-hoc* para analisar as múltiplas comparações entre os dados.

Os procedimentos estatísticos para o estudo da AFC foram efetuados com o *Software* Amos (*Analysis of Moment Structures*) (versão 19; SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Para o estudo das estatísticas descritivas e inferenciais, utilizou-se o *Software* PASW (*Predictive Analytics Software*) Statistics (versão 17; SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

³ É usual considerar $VEM \geq 0.5$ como indicador de validade convergente adequada (Hair et al., 1998; Maroco, 2010a).

2.2.3. Resultados

2.2.3.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov⁴ e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skewness* e *Kurtosis*, respetivamente). Os resultados obtidos mostraram que as variáveis não têm uma distribuição normal ($K-S, p \leq .001$) nos três grupos. Nenhuma variável apresentou valores de assimetria e de curtose indicadores de violações severas à distribuição normal (Kline, 1998). Segundo Kline (1998), valores de *Skewness* < 3 e de *Kurtosis* < 10 são considerados aceitáveis. Dado que a amostra tem uma boa dimensão, optou-se também pela utilização de testes paramétricos para a análise das diferenças entre os grupos.

2.2.3.2. Estatística descritiva

De forma a caracterizar as variáveis em estudo, recorreu-se à utilização de medidas de tendência central (média, mediana), de localização (percentis⁵) e de dispersão (desvio-padrão). Na Tabela 4.5. são apresentadas as estatísticas descritivas das subescalas da FSCRS para a amostra total ($N = 630$).

Tabela 4.5. Médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos, máximos e percentis das subescalas da FSCRS ($N = 630$)

Fator	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25	50	75
Eu Inadequado (FSCRS)	16.44	9.43	15	0	36	9	15	24
Eu Detestado (FSCRS)	3.13	3.66	2	0	16	0	2	5
Eu Tranquilizador (FSCRS)	16.88	7.14	17	0	32	11	17	22

Nota. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização

Da leitura da Tabela 4.5., verifica-se que em relação à FSCRS, a subescala *eu inadequado* pontua entre 0 e 36 pontos, a subescala *eu detestado* pontua entre 0 e 16 pontos e a subescala *eu tranquilizador* pontua entre 0 e 32 pontos. A média obtida para a subescala *eu detestado* é expressivamente mais baixa ($M = 3.13$; $DP = 3.66$) do que as médias obtidas para a subescala *eu inadequado* ($M = 16.44$; $DP = 9.43$) e para a subescala *eu tranquilizador* ($M = 16.88$; $DP = 7.14$). Estes resultados são esperados, na medida em que a forma de autocriticismo focada em sentimentos de repugnância e ódio pelo *eu* e numa vontade de magoar, destruir e perseguir o *eu* (*eu detestado*), pela sua natureza mais destrutiva, negativa e patogénica, é a que será menos frequente. Quanto aos valores obtidos com a subescala *eu tranquilizador*,

⁴ O teste Kolmogorov-Smirnov é usado para determinar se duas distribuições de probabilidade subjacentes diferem uma da outra, ou se uma das distribuições de probabilidade subjacentes difere da distribuição em hipótese.

⁵ Os percentis são estatísticas de ordem que dividem a distribuição, respetivamente, em 100 ou 10 partes iguais, sendo o seu procedimento de cálculo semelhante ao da mediana. A diferença entre percentis associada aos valores mínimo e máximo dos dados dá uma ideia sobre a dispersão ou sobre a concentração dos dados.

os dados sugerem que os indivíduos que compõem esta amostra apresentam com mais frequência este tipo de atitude e resposta positiva e calorosa com o *eu*, de conforto, compaixão e de tranquilização, quando as coisas correm mal, ou perante obstáculos e/ou contratempos.

Em síntese, os dados obtidos com esta medida (FSCRS), no que concerne às médias e desvios-padrão, revelaram-se similares aos resultados obtidos em estudos anteriores (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Gilbert et al., 2004; Gilbert, McEwan, Mitra, Mills, Bellew, & Irons, 2008; Pinto-Gouveia, Castilho, Matos, & Xavier, 2011).

Para a FSCS, como se pode observar (cf. Tabela 4.6.), a subescala *autocorreção* pontua entre 0 e 52 pontos e a subescala *autoataque* pontua entre 0 e 32 pontos. A média obtida para a subescala *autocorreção* é expressivamente mais elevada ($M = 16.50$; $DP = 10.68$) do que a média obtida para a subescala *autoataque* ($M = 4.85$; $DP = 6.31$). Ou seja, parece que a função mais frequente é a de *autocorreção* no sentido da melhoria, aperfeiçoamento e modificação do *eu* em situações de fracasso, em detrimento de uma função mais negativa e perturbadora, e que se prende com o perseguir, destruir, eliminar ou “vingar”-se do *eu*, quando as coisas correm mal (fracasso) ou quando não atingimos o que pretendemos.

Tabela 4.6. Médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos, máximos e percentis das subescalas da FSCS ($N = 630$)

Fator	M	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentil		
						25	50	75
Autocorreção (FSCS)	16.50	10.68	15	0	52	8	15	24
Autoataque (FSCS)	4.85	6.31	2	0	32	0	2	7

Nota. FSCS = Escala das Funções do Autocriticismo e Autoataque

2.2.4. Análise fatorial confirmatória da FSCRS

Após estas análises, testou-se o modelo multidimensional do autocriticismo proposto por Gilbert e colaboradores (2004), através de uma Análise Fatorial Confirmatória. O modelo trifatorial das formas de autocriticismo possui 3 fatores e 22 variáveis observadas (tal como se pode observar na especificação pictográfica representada na Figura 4.1.).

O modelo supracitado ajustado a uma amostra de 630 indivíduos revelou uma boa qualidade de ajustamento ($\chi^2/df = 3.673$; TLI = .928; CFI = .938; RMSEA = .065; p [rmsea < .05] < .001. Os índices de ajustamento global do modelo estão descritos na Tabela 4.7. O teste de χ^2 , que é o teste formal ao ajustamento do modelo, revelou-se, como seria de esperar, estatisticamente significativo. Este resultado deve-se ao facto do χ^2 ser uma estatística fortemente dependente do tamanho da amostra. Para ultrapassar esta limitação, analisaram-se outros índices de ajustamento. Estes indicadores sugerem que o modelo imposto apresenta uma boa qualidade de ajustamento, em suporte da validade fatorial da FSCRS. No que concerne ao CFI, o valor obtido situou-se dentro do intervalo [.9; .95], o que é indicador de um ajustamento bom. Quanto ao TLI, este assumiu o valor dentro do intervalo (entre 0 e 1) para ser considerado um ajustamento bom. Finalmente, e em relação ao RMSEA, este situou-se no intervalo [.05; .08], o que é indicador também de um bom ajustamento.

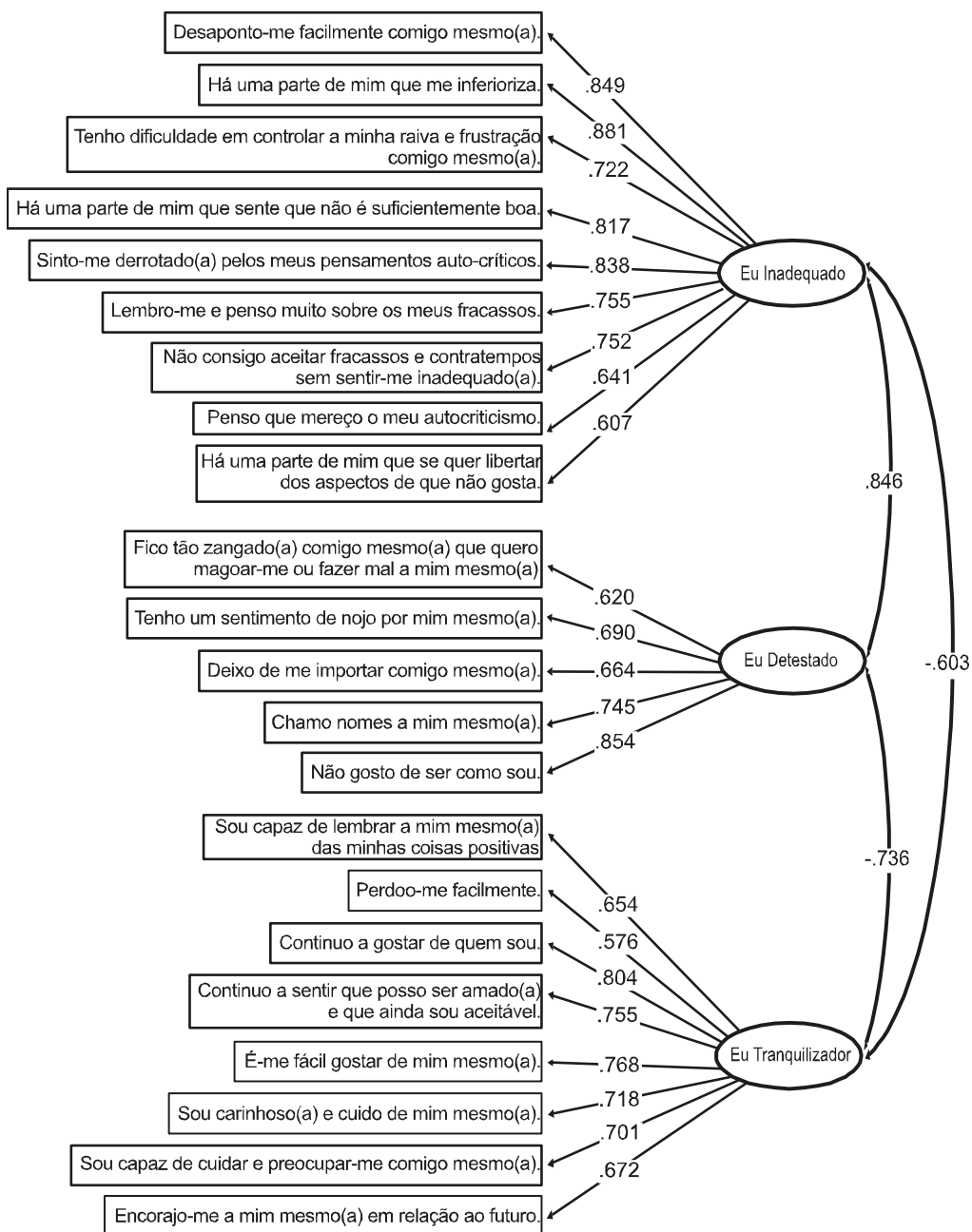


Figura 4.1. Especificação pictográfica do modelo estimado para a FSCRS de 3 fatores

Tabela 4.7. Indicadores absolutos e relativos do ajustamento global	
Qui-Quadrado	3.67
Sig.	.000
CFI	.938
TLI	.928
RMSEA (Raiz quadrada média do erro de aproximação)	.065

A fiabilidade do modelo, através da fiabilidade compósita (FC) dos fatores, mos-

trou-se muito boa ($> .7$), sendo de .957 para o *eu inadequado*, .899 para o *eu detestado* e .931 para o *eu tranquilizador*. A validade fatorial (fiabilidade individual) também se mostrou apropriada, visto que todos os itens apresentaram pesos estandardizados $> .5$, e todos os pesos ao quadrado $> .25$ (c.f. Tabela 4.9.). A validade convergente analisada em termos da variância extraída média (VEM) $VEM_{INA} = .713$; $VEM_{DET} = .644$ e $VEM_{TRAN} = .631$ mostrou-se adequada ($> .5$). Finalmente, calculou-se a validade discriminante através da comparação entre as VEM e o quadrado da correlação dos fatores. Assim, $VEM_{INA} = .713$ e $VEM_{TRAN} = .631 > .364$; $VEM_{DET} = .644$ e $VEM_{TRAN} = .631 > .542$ e, por último, $VEM_{INA} = .713$ e $VEM_{DET} = .644 < .716$. Os resultados obtidos indicaram uma boa validade discriminante entre os fatores *eu inadequado* e *eu tranquilizador*, e entre os fatores *eu detestado* e *eu tranquilizador*, mas sofrível entre os fatores *eu detestado* e *eu inadequado*. Isto significa que as formas do autocriticismo são, claramente, distintas da autocompaixão, mas a distinção entre as duas dimensões negativas (*eu inadequado* e *eu detestado*) é mais esbatida.

Tabela 4.8. Fatores e saturações fatoriais dos respetivos itens

Fatores	Saturações Fatoriais	R^2
Eu Inadequado		
FSCRS 20	.61	.37
FSCRS 18	.64	.41
FSCRS 17	.75	.57
FSCRS 14	.76	.57
FSCRS 7	.84	.70
FSCRS 6	.82	.67
FSCRS 4	.72	.52
FSCRS 2	.88	.78
FSCRS 1	.85	.72
Eu Detestado		
FSCRS 22	.85	.729
FSCRS 15	.75	.555
FSCRS 12	.66	.441
FSCRS 10	.69	.476
FSCRS 9	.62	.384
Eu Tranquilizador		
FSCRS 21	.67	.45
FSCRS 19	.70	.49
FSCRS 16	.72	.52
FSCRS 13	.77	.59
FSCRS 11	.76	.57
FSCRS 8	.80	.65
FSCRS 5	.58	.33
FSCRS 3	.65	.43

Nota. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Auto-tranquilização

Em síntese, e tendo em conta a análise dos níveis de ajustamento global (cf. Tabela 4.7.) e local (cf. Tabela 4.8.), podemos concluir que o modelo testado é bom.

2.2.5. Análise fatorial confirmatória da FSCS

Repetiu-se o mesmo procedimento para a FSCS, isto é, procedeu-se à Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para testar a adequação do modelo teórico aos dados. O modelo teórico das funções do autocriticismo postula a existência de 2 fatores e 21 variáveis observa-

das. Utilizaram-se como índices de qualidade do ajustamento do modelo as estatísticas χ^2/df , TLI, CFI, RMSEA e a p [$rmsea < .05$], e considerou-se que o ajustamento do modelo era bom para valores de CFI e TLI superiores a .9, para valores de RMSEA inferiores a .05 e para valores de χ^2/df entre 1 e 2 (Maroco, 2010a). Os resultados obtidos revelaram que a estrutura fatorial da escala não foi confirmada pela AFC, em consequência do inaceitável ajustamento do modelo ($\chi^2/df = 6.036$; TLI = .86; CFI = .881; RMSEA = .09; p [$rmsea < .05$] < .001). Numa análise mais detalhada aos dois fatores das funções do autocriticismo, observou-se a existência de elevado número de zeros: três com mais de 40%, sete com mais de 50%, dois com mais de 75% e um com mais de 80%. Ainda em relação ao percentil 90%, nenhum item assume o valor 4 (máximo), bem como a média de nenhum item ultrapassa o valor 1.58, sendo que em 11 itens é abaixo da unidade. Uma explicação plausível para estes dados poderá estar relacionada com a possível dificuldade dos respondentes na identificação e compreensão do conteúdo dos itens e, por isso, não pontuarem. As baixas pontuações sugerem dificuldades na obtenção e consequente confirmação de um modelo. Na tentativa de colmatar esta lacuna, propomos, num próximo estudo acerca desta medida, uma reformulação, quer ao nível da construção léxica e frásica dos itens que a compõem, quer no âmbito das opções de resposta.

Em consequência do mau ajustamento do modelo da medida (FSCS), optou-se por efetuar as análises referentes às características psicométricas (estudos relativos à consistência interna e propriedades dos itens, à validade convergente e divergente, ao poder discriminativo da medida e à estabilidade temporal), assim como os estudos seguintes desta dissertação, apenas com a Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS).

2.3. Estudo das propriedades dos itens e consistência interna da FSCRS

A análise dos itens, efetuada através da correlação do item com o total das subescalas exceto o próprio item, permite afirmar a qualidade de cada item na componente. São apresentadas, para ambas as amostras, as propriedades dos itens em que é descrito para cada fator empírico da medida os itens que o constituem, a média e o desvio-padrão desse mesmo item, bem como a correlação corrigida entre o item e o total do fator em que se insere. É apresentado também o α de Cronbach do total do fator se o item em causa fosse removido. O alfa de Cronbach⁶ é indicado nas Tabelas 4.9. e 4.10.

Na amostra não clínica (cf. Tabela 4.9.), a subescala *eu inadequado* apresentou um coeficiente de Cronbach⁷ bom ($\alpha = .89$), em que nenhum dos itens incrementaria a consistên-

⁶ O alfa de Cronbach é um índice que estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Esta propriedade é conhecida por consistência interna da Escala.

⁷ Em relação aos valores de consistência interna utilizaram-se como valores de referência os índices apontados por Pestana e Gageiro (2008): .60 alfas inadmissíveis; entre .61 e .70 alfas fracos; entre .71 e .80 alfas razoáveis; entre .81 e .90 como bons; e superiores a .90 alfas muito bons.

cia interna da mesma se fosse removido. As correlações entre os nove itens que constituem a escala e o total do fator variaram entre .51 e .77. Para a subescala *eu detestado*, constituída por cinco itens, o valor de consistência interna obtido mostrou-se aceitável ($\alpha = .72$), não sendo afetado pela remoção de nenhum dos itens que a integram. As correlações item-total também se revelaram adequadas (variando entre .42 e .56). Quanto à subescala *eu tranquilizador*, constituída por oito itens, esta revelou possuir uma consistência interna boa ($\alpha = .87$) não incrementada pela remoção de itens e as correlações item-total variaram entre .47 e .71.

Tabela 4.9. Propriedades dos itens dos Fatores da FSCRS para a amostra não clínica (N = 381)

Fatores da FSCRS	M	DP	r	α
F1 Eu Inadequado ($\alpha = .89$)				
1 Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a).	1.35	1.17	.68	.87
2 Há uma parte de mim que me inferioriza.	1.26	1.16	.77	.86
4 Tenho dificuldade em controlar a minha raiva e frustração comigo mesmo(a).	1.14	1.08	.63	.87
6 Há uma parte de mim que sente que não é suficientemente boa.	1.45	1.12	.69	.87
7 Sinto-me derrotado(a) pelos meus pensamentos autocríticos.	.83	1.01	.69	.87
14 Lembro-me e penso muito sobre os meus fracassos.	1.62	1.13	.60	.88
17 Não consigo aceitar fracassos e contratempos sem me sentir inadequado(a).	1.19	1.06	.60	.88
18 Penso que mereço o meu autocrítica.	1.33	1.02	.51	.88
20 Há uma parte de mim que se quer libertar dos aspetos de que não gosta.	1.94	1.21	.56	.88
F2 Eu Detestado ($\alpha = .72$)				
9 Fico tão zangado(a) comigo mesmo(a) que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo(a).	.22	.64	.42	.70
10 Tenho um sentimento de nojo por mim mesmo(a).	.12	.46	.46	.70
12 Deixo de me importar comigo mesmo(a).	.38	.73	.52	.66
15 Chamo nomes a mim mesmo(a).	.70	.95	.54	.66
22 Não gosto de ser como sou.	.59	.97	.56	.65
F3 Eu Tranquilizador ($\alpha = .87$)				
3 Sou capaz de lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas.	2.21	1.08	.58	.86
5 Perdoo-me facilmente.	1.71	1.07	.47	.87
8 Continuo a gostar de quem sou.	2.71	1.15	.68	.85
11 Continuo a sentir que posso ser amado(a) e que ainda sou aceitável.	2.87	1.12	.60	.86
13 É-me fácil gostar de mim mesmo(a).	2.20	1.24	.63	.85
16 Sou carinhoso(a) e cuido de mim mesmo(a).	2.24	1.12	.69	.85
19 Sou capaz de cuidar e preocupar-me comigo mesmo(a).	2.53	1.10	.71	.84
21 Encorajo-me a mim mesmo(a) em relação ao futuro.	2.60	1.08	.62	.85

Nota. FSCRS = Escala das Formas do Autocrítica e Autotranquilização

No que concerne à amostra clínica (cf. Tabela 4.10.), a subescala *eu inadequado* apresentou um α de .91, considerado muito bom, em que nenhum dos itens que o constituem (9 itens) incrementaria a consistência do fator se fosse removido. As correlações item-total são moderadas a altas, sendo a mais baixa a do item 20 ($r = .47$). Por sua vez, a subescala *eu detestado* constituída por 5 itens revelou possuir uma consistência interna boa ($\alpha = .82$), não afetada pela remoção de nenhuns dos itens que a constituem. As correlações item-total são adequadas, variando entre .53 (item 12) a .71 (item 10). Finalmente, a subescala *eu tranquili-*

zador apresentou uma consistência interna boa ($\alpha = .89$), igualmente não afetada pela remoção de nenhum dos itens que a integram. As correlações item-total variaram de .51 para o item 5 e .75 para o item 8.

Tabela 4.10. Propriedades dos itens dos Fatores da FSCRS para a amostra clínica ($N = 249$)

Fatores da FSCRS	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	α
F1 Eu Inadequado ($\alpha = .91$)				
1 Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a).	2.73	1.20	.80	.89
2 Há uma parte de mim que me inferioriza.	2.70	1.22	.78	.89
4 Tenho dificuldade em controlar a minha raiva e frustração comigo mesmo(a).	2.17	1.31	.61	.90
6 Há uma parte de mim que sente que não é suficientemente boa.	2.71	1.26	.73	.89
7 Sinto-me derrotado(a) pelos meus pensamentos autocríticos.	2.42	1.31	.71	.89
14 Lembro-me e penso muito sobre os meus fracassos.	2.17	1.24	.74	.89
17 Não consigo aceitar fracassos e contratempos sem me sentir inadequado(a).	2.50	1.29	.69	.90
18 Penso que mereço o meu autocriticismo.	2.20	1.34	.63	.90
20 Há uma parte de mim que se quer libertar dos aspetos de que não gosta.	2.94	1.13	.47	.91
F2 Eu Detestado ($\alpha = .82$)				
9 Fico tão zangado(a) comigo mesmo(a) que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo(a).	.88	1.25	.59	.79
10 Tenho um sentimento de nojo por mim mesmo(a).	.73	1.15	.71	.76
12 Deixo de me importar comigo mesmo(a).	1.25	1.25	.53	.81
15 Chamo nomes a mim mesmo(a).	1.76	1.38	.59	.79
22 Não gosto de ser como sou.	2.06	1.49	.65	.77
F3 Eu Tranquilizador ($\alpha = .89$)				
3 Sou capaz de lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas.	1.56	1.00	.57	.89
5 Perdoo-me facilmente.	1.15	1.03	.52	.89
8 Continuo a gostar de quem sou.	1.81	1.22	.75	.87
11 Continuo a sentir que posso ser amado(a) e que ainda sou aceitável.	2.06	1.16	.73	.87
13 É-me fácil gostar de mim mesmo(a).	1.29	1.12	.71	.87
16 Sou carinhoso(a) e cuido de mim mesmo(a).	1.62	1.10	.72	.87
19 Sou capaz de cuidar e preocupar-me comigo mesmo(a).	2.06	1.18	.68	.88
21 Encorajo-me a mim mesmo(a) em relação ao futuro.	1.97	1.20	.63	.88

Nota. FSCRS = Escala das Formas do Autocritismo e Autotranquilização

Resumidamente, as três subescalas que compõem a FSCRS apresentam uma consistência interna muito boa, avaliada através do α de Cronbach, em ambas as amostras (não clínica e clínica).

2.4. Fidedignidade teste-reteste

A estabilidade temporal da medida foi calculada através do coeficiente de correlação de Pearson para cada item da escala e respetivas subescalas. Utilizou-se uma amostra de estudantes universitários ($N = 41$) que, após um intervalo de tempo de quatro semanas, voltaram a preencher a FSCRS. Os resultados indicaram uma aceitável fidedignidade teste-reteste para as subescalas *eu inadequado* ($r = .72$), *eu detestado* ($r = .78$) e *eu tranquilizador* ($r = .65$). No geral, os valores para cada item da escala FSCRS foram satisfatórios, variando entre $r = .31$ a $r = .86$.

2.5. Validade convergente e divergente

A validade convergente da FSCRS é calculada através das correlações com outros instrumentos de autorresposta que medem construtos teoricamente relacionados. Para esse efeito, a validade convergente das formas do autocrítico foi calculada através das suas correlações com as subescalas *depressão*, *ansiedade* e *stress*, avaliadas pela EADS-42 (Pais-Ribeiro et al., 2004), com o total do Questionário Geral de Saúde (QGS-28; Pais-Ribeiro & Antunes, 2003) e respetivas subescalas (*sintomas somáticos*, *ansiedade e insónia*, *disfunção social* e *depressão grave*) e com outra medida de avaliação do *autocrítico* (LOSC; Thompson & Zuroff, 2000; Melo & Pinto-Gouveia, 2006). Quanto à subescala *eu tranquilizador*, a mesma validade foi determinada através das correlações com a *autocompaixão*, avaliada pela SELFCS (Neff, 2003a), e com o *otimismo*, avaliado pelo LOT-R (Carvalho & Pinto-Gouveia, 2006). Para determinar a validade divergente, a medida não se deve relacionar com variáveis das quais o construto medido deve diferir. Assim, e de acordo com esta assunção, calculou-se a validade divergente das formas negativas do *autocrítico* através dos coeficientes de correlação com o *eu tranquilizador*, avaliado pela FSCRS, com a *autocompaixão* (total e dimensões positivas), avaliada pela SELFCS, e com o *otimismo*, avaliado pelo LOT-R. Por fim, foram calculados os coeficientes de alfa de Cronbach das medidas usadas, nas duas amostras (cf. Tabela 4.11.).

Tabela 4.11. Valores de alfa de Cronbach das medidas, em ambas as amostras

	Amostra Não Clínica (N = 381)	Amostra Clínica (N = 249)
Depressão (EADS-42)	.91	.98
Ansiedade (EADS-42)	.85	.93
Stress (EADS-42)	.92	.96
QGS-28	.94	.96
Sintomas Somáticos (QGS-28)	.87	.87
Ansiedade e Insónia (QGS-28)	.88	.89
Disfunção Social (QGS-28)	.87	.92
Depressão Grave (QGS-28)	.90	.93
Autocrítico Comparativo (LOSC)	.74	.83
Autocrítico Internalizado (LOSC)	.87	.90
Autocompaixão (SELFCS)	.90	.92
Otimismo (LOT-R)	.63	.72

Nota. EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; QGS-28 = Questionário Geral de Saúde; LOSC = Escala de Avaliação dos Níveis de Autocrítico; SELFCS = Escala da Autocompaixão; LOT-R = Questionário de Orientação de Vida Revisto.

No sentido de facilitar a compreensão dos dados obtidos, optou-se por apresentar os coeficientes de correlação para a amostra não clínica e para a amostra clínica em conjunto por permitir a comparação da grandeza das associações entre as variáveis em estudo. A Tabela 4.12. apresenta as correlações entre as formas da FSCRS, as medidas de psicopatologia, avaliadas pelas subescalas da EADS-42 e pelo total e subescalas do QGS-28, o autocrítico, avaliado pelo LOSC, o total e subescalas da autocompaixão, avaliadas pela SELFCS e o otimismo, avaliado pelo LOT-R, em ambas as amostras.

Tabela 4.12. Correlações entre a FSCRS, a EADS-42, o QGS-28, a SELFCS e o LOT-R, em ambas as amostras

	Eu Inadequado (FSCRS)		Eu Detestado (FSCRS)		Eu Tranquilizador (FSCRS)	
	Normais (N = 381)	Clínica (N = 249)	Normais (N = 381)	Clínica (N = 249)	Normais (N = 381)	Clínica (N = 249)
Psicopatologia						
Depressão (EADS-42)	.55**	.58**	.59**	.68**	-.40**	-.55**
Ansiedade (EADS-42)	.38**	.44**	.47**	.49**	-.29**	-.38**
Stress (EADS-42)	.48**	.58**	.45**	.59**	-.26**	-.44**
QGS-28 Total	.31**	.51**	.45**	.60**	-.26**	-.46**
Sintomas Somáticos (GGS-28)	.22**	.42**	.30**	.43**	-.19**	-.33**
Ansiedade Insônia (GGS-28)	.32**	.40**	.43**	.49**	-.24**	-.32**
Disfunção Social (GGS-28)	.18**	.39**	.27**	.43**	-.17**	-.36**
Depressão Grave (GGS-28)	.29**	.54**	.47**	.68**	-.26**	-.54**
LOSC Comparativo	.46**	.64**	.48**	.55**	-.45**	-.61**
LOSC Internalizado	.59**	.72**	.33**	.48**	-.23**	-.38**
Autocompaixão						
SELFCS Total	-.63**	-.65**	-.53**	-.60**	.56**	.64**
Calor/Compreensão (SELFCS)	-.36**	-.45**	-.40**	-.49**	.59**	.62**
Autocrítica (SELFCS)	.66**	.70**	.51**	.57**	-.33**	-.48**
Condição Humana (SELFCS)	-.17**	-.26**	-.16**	-.30**	.44**	.47**
Isolamento (SELFCS)	.57**	.57**	.45**	.49**	-.33**	-.43**
Mindfulness (SELFCS)	-.26**	-.36**	-.26**	-.43**	.46**	.53**
Sobreidentificação (SELFCS)	.61**	.63**	.43**	.45**	-.22**	-.43**
Otimismo						
LOT-R	-.37**	-.49**	-.43**	-.52**	.54**	.57**

Nota. ** $p \leq .01$. FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; QGS-28 = Questionário Geral de Saúde; LOSC = Escala de Avaliação dos Níveis de Autocriticismo; SELFCS = Escala da Autocompaixão; LOT-R = Questionário de Orientação de Vida Revisto.

Da leitura da Tabela 4.12., pode concluir-se que o autocriticismo se mostra associado de forma significativa com os indicadores de psicopatologia, medidos pela EADS-42 e pelo QGS-28. Numa análise mais fina, as formas *eu inadequado* e *eu detestado* apresentaram magnitudes de correlação positiva, que variaram de baixas a moderadas, com as subescalas *depressão*, *ansiedade* e *stress*, com a forma mais negativa e patogénica do autocriticismo (*eu detestado*) a mostrar coeficientes de correlação mais elevados. O mesmo padrão se verificou com o Questionário Geral de Saúde, com coeficientes de correlação a variarem de muito baixos a moderados, em que o *eu detestado* assume uma correlação mais expressiva com o total e subescalas da medida. Ressalta o incremento observado na grandeza da associação quando o estado psicopatológico é a *depressão*, em que o *eu detestado* se destaca notoriamente. De uma maneira geral, há predominância de correlações moderadas na amostra de normais, que tendem a ser mais expressivas (valores mais elevados) na amostra clínica. Em relação à associação com o LOSC, ambas as formas do autocriticismo (FSCRS) se correlacionaram com as suas subescalas, no sentido esperado da relação. Do conjunto das correlações, cabe destacar os valores de correlação mais elevados entre o *eu inadequado* e a subescala *autocriticismo internalizado* e entre o *eu detestado* e a subescala *autocriticismo comparativo* que, tal como nas análises anteriores, tendem a ser mais robustos na amostra clínica. Por contraste, e no sentido esperado da relação, o *eu tranquilizador* mostrou-se negativa e significativamente associado com as dimensões psicopatológicas, avaliadas pela EADS-42 e pelo QGS-28. De salientar que a grandeza das associações é mais expressiva com os sintomas depressivos e

ansiosos nos normais, assumindo valores marcadamente mais elevados na amostra clínica para a maioria dos índices de psicopatologia avaliados, com um destaque especial para a depressão. Estes dados parecem sugerir que a autocompaixão se relaciona, na sua globalidade, negativamente com manifestações de sofrimento psicológico, em particular, com a experiência depressiva. Quanto à associação com as subescalas do LOSC, os coeficientes de correlação negativos obtidos são mais elevados com a subescala *autocriticismo comparativo*, em ambas as amostras, com especial destaque na amostra clínica. Isto parece indicar que a existência de uma relação interna de cuidado, tolerância e tranquilização do *eu* se distingue de uma visão negativa do *eu* centrada em sentimentos de inferioridade e de comparação negativa com os outros.

Com o total e respetivas subescalas da autocompaixão, avaliada pela SELFCS, as correlações obtidas são todas significativas, e no sentido esperado da associação. Do conjunto destas correlações, destacam-se alguns padrões de associação mais expressivos entre as variáveis e, como esperado, as formas do autocriticismo (*eu inadequado* e *eu detestado*) mostraram-se, negativamente, correlacionadas com o total da autocompaixão e dimensões positivas, e positivamente com as dimensões negativas. As associações mais expressivas com as dimensões opostas à autocompaixão (*autocrítica*, *isolamento* e *sobreidentificação*) tendem a ocorrer com o *eu inadequado*, quer na amostra não clínica, quer na amostra clínica. Por sua vez, as correlações do *eu tranquilizador* são positivas e de maior grandeza com o total da autocompaixão e com a subescala *calor/compreensão*, em ambas as amostras. Finalmente, as correlações das formas do autocriticismo com o *otimismo* são negativas e mais fortes na amostra clínica do que na amostra não clínica. Todas assumem valores moderados, sendo a mais elevada com o *eu detestado*, correspondendo pontuações mais elevadas de autocriticismo, focado no desejo de perseguir e magoar o *eu* e em sentimentos de ódio e desprezo pelo *eu*, a menos otimismo. O *eu tranquilizador* está significativamente associado a mais otimismo, em ambas as amostras.

Em síntese, e de uma maneira geral, há uma predominância de correlações moderadas em ambas as amostras, que tendem a assumir valores mais elevados na amostra clínica. Globalmente, as formas *eu inadequado* e *eu detestado* mostraram-se positivas e significativamente associadas à psicopatologia e sofrimento psicológico, em especial, com a depressão. Quanto ao *eu tranquilizador*, os dados obtidos sugerem que níveis elevados de autocompaixão correspondem a índices mais baixos de psicopatologia. No que diz respeito à relação com outra medida de autocriticismo (LOSC), o *eu inadequado* apresentou uma associação positiva com a subescala *autocriticismo internalizado* e o *eu detestado* com a subescala *autocriticismo comparativo*. Salienta-se ainda quanto maior for o nível de autocriticismo (nas duas dimensões) menor será a autocompaixão. A *autocompaixão* mostrou-se positiva e significativamente associada ao *otimismo*, com níveis elevados de autocompaixão a corresponderem a mais otimismo.

Em conjunto, estes dados apontam para uma boa validade convergente e divergente deste instrumento.

2.6. Poder discriminativo da FSCRS

De seguida, efetuaram-se comparações por grupo populacional (estudantes, população geral e doentes) nas subescalas da medida em estudo.

Como se pode constatar pela análise da Tabela 4.13., na subescala *eu inadequado* a pontuação média obtido pelo grupo dos doentes é mais elevada ($M = 23.08$; $DP = 8.55$) do que as pontuações médias obtidas pelos estudantes ($M = 12.52$; $DP = 7.39$) e pela população geral ($M = 11.07$; $DP = 6.58$), com os estudantes a apresentarem valores médios mais elevados do que o grupo da população geral. Na subescala *eu detestado*, pode constatar-se que as pontuações médias mais baixas se situam na população não clínica, com os indivíduos da população geral a apresentarem pontuações médias ligeiramente mais elevadas que os estudantes ($M = 1.98$; $DP = 2.79$ e $M = 1.48$; $DP = 1.91$, respetivamente). Finalmente, na subescala *eu tranquilizador*, as pontuações médias obtidas pelos estudantes ($M = 19.35$; $DP = 6.43$) e pelos indivíduos da população geral ($M = 18.41$; $DP = 6.58$) são mais elevadas que a média obtida pelos doentes ($M = 13.52$; $DP = 6.79$). De notar que os estudantes apresentam valores médios mais elevados nesta subescala que os indivíduos da população geral.

Tabela 4.13. Médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos, para cada grupo populacional

	Amostra	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
Eu Inadequado	Estudantes ($N = 269$)	12.52	7.39	11	0	33
	População Geral ($N = 111$)	11.07	6.58	10	1	30
	Clínica ($N = 249$)	23.08	8.55	24	1	36
Eu Detestado	Estudantes ($N = 269$)	1.48	1.91	1	0	10
	População Geral ($N = 111$)	1.98	2.79	1	0	13
	Clínica ($N = 249$)	5.42	4.21	5	0	16
Eu Tranquilizador	Estudantes ($N = 269$)	19.35	6.43	20	0	32
	População Geral ($N = 111$)	18.41	6.58	19	3	32
	Clínica ($N = 249$)	13.52	6.79	13	0	32

Para a comparação dos grupos nas médias das variáveis em estudo, utilizámos testes de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney. Assim, a aplicação do teste Kruskal-Wallis revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente à mediana dos três fatores ($p < .001$). Aplicou-se, de seguida, o teste de Mann-Whitney que mostrou não existirem diferenças significativas entre os estudantes e os indivíduos da população geral nas três subescalas da FSCRS (*eu inadequado*: $p = .083$; *eu detestado*: $p = .141$; *eu tranquilizador*: $p = .204$). Contudo, a diferença mostrou-se estatisticamente significativa entre cada um destes grupos (estudantes e população geral) e o grupo dos doentes ($p < .001$ para as três subescalas). Sabendo que a ANOVA se revela um teste robusto para pequenos desvios da normalidade, decidiu-se aplicá-lo com a opção teste *post hoc* de Bonferroni. Obtiveram-se os mesmos

resultados dos testes não paramétricos previamente efetuados, ou seja, diferenças estatisticamente significativas nas médias das três subescalas entre o grupo de doentes e os outros dois grupos de normais (estudantes e população geral) ($p < .001$), mas não entre os estudantes e os indivíduos da população geral (*eu inadequado*: $p = .296$; *eu detestado*: $p = .466$; *eu tranquilizador*: $p = .616$). Os resultados obtidos sugerem que o instrumento em estudo apresenta capacidade discriminativa no sentido esperado (sensibilidade da medida).

Síntese dos resultados

Este estudo procurou dar um contributo no campo da avaliação do autocrítica, e reporta-se à tradução e adaptação da Escala das Formas do Autocrítica e Autotranquilização (FSCRS; Gilbert et al., 2004) e da Escala das Funções do Autocrítica e Autoataque (FSCS; Gilbert et al., 2004), para a população portuguesa. Em síntese, os principais resultados obtidos foram:

i) o estudo da dimensionalidade das escalas foi efetuado através de Análises Fatoriais Exploratórias e Confirmatórias. A Análise Fatorial Exploratória (em componentes principais com rotação oblíqua) revelou que as escalas (FSCRS e FSCS) possuem estruturas fatoriais idênticas às encontradas nas versões originais. A FSCRS apresentou uma solução com três fatores que explicaram 53.22% da variância total: *Eu Inadequado*, *Eu Detestado* e *Eu Tranquilizador*. A FSCS, por sua vez, revelou uma solução de dois fatores que explicaram 49.53% da variância total: *Autocorreção* e *Autoataque*. No que diz respeito à FSCS, os dados obtidos com este procedimento exploratório estão de acordo com os resultados alcançados por Gilbert e colaboradores (2004) que, no estudo original da medida, apontaram uma solução de dois fatores, reforçando, assim, o caráter multidimensional do construto. Discroll (1988) sugeriu a existência de várias funções e motivos para o autocrítica, como a autocorreção, prevenir futuros erros, manter padrões ou suscitar simpatia. As duas funções e razões que levam as pessoas a criticarem-se determinam as formas que o autocrítica pode tomar (focar-se na inadequação e defeitos do *eu* ou em sentimentos de autodesprezo e aversão) (Gilbert et al., 2004).

Relativamente à FSCRS, os dados obtidos corroboraram igualmente que o autocrítica não é um processo simples e unitário, mas composto por diferentes formas. A estrutura latente conceptual e empírica das duas escalas foi testada e confirmada através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A AFC para a FSCRS revelou um modelo com boa qualidade de ajustamento. Os indicadores de ajustamento local do modelo testado foram adequados para as 22 variáveis que entraram na análise, revelando todas saturações significativas e de valor apropriado na marcação do respetivo fator. Em consequência do bom ajustamento do modelo, os fatores empíricos testados validaram os fatores teóricos propostos e revelaram possuir bons coeficientes de consistência interna.

No que concerne à FSCS, o modelo de ajustamento encontrado mostrou-se inaceitável, o que significa que os fatores empíricos testados não corroboraram os teoricamente propostos. A explicação para este fenómeno poderá estar localizada na própria medida, mais concretamente na clareza dos itens (os respondentes podem ter manifestado dificuldades na compreensão e identificação de certas razões/motivos subjacentes ao autocrítico, particularmente, as relacionadas com a função de autoataque e perseguição ao *eu*) e nas opções de resposta incluídas. Estudos futuros revelam-se necessários com vista à melhoria e aperfeiçoamento deste instrumento na população portuguesa. A FSCS deve ser melhorada no conteúdo dos itens, especificamente, ao nível da sua elaboração, de forma a avaliar com objetividade as funções subjacentes ao autocrítico e as diferenças específicas na relação interna do *eu* com o *eu*. Apesar da estrutura fatorial da FSCS se revelar semelhante à versão original na Análise Fatorial Exploratória, os resultados obtidos com o estudo confirmatório levaram-nos a decidir pela não inclusão desta escala nos estudos e análises inerentes a esta investigação, pelo que utilizaremos apenas a escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização (FSCRS);

ii) em relação à fidedignidade, a medida em estudo (FSCRS) mostrou valores elevados de consistência interna nas três subescalas, em ambas as amostras. Os valores de consistência interna obtidos na amostra não clínica são semelhantes aos resultados obtidos no estudo original da escala (Gilbert et al., 2004);

iii) a estabilidade temporal da FSCRS avaliada num período de 4 semanas mostrou-se satisfatória;

iv) os estudos da validade convergente da FSCRS mostraram associações significativas, moderadas ou mesmo elevadas com outros instrumentos relacionados ou que medem construtos semelhantes. Todas estas correlações assumiram valores mais robustos na amostra clínica (comparativamente com a população não clínica). Uma análise mais detalhada da grandeza das associações permitiu destacar alguns coeficientes de correlação entre as subescalas da FSCRS e determinadas dimensões de psicopatologia. Ambas as formas do autocrítico (*eu inadequado* e *eu detestado*) mostraram associações significativas com a psicopatologia, particularmente, com a depressão (quer avaliada pela EADS-42, quer avaliada pelo QGS- 28), com a forma mais negativa (*eu detestado*) a revelar correlações mais elevadas. Parece que a dimensão mais patogénica do autocrítico (*eu detestado*) está associada a uma maior severidade de sintomas psicopatológicos (depressão e ansiedade) e a pior saúde mental. Isto significa que os indivíduos com autocrítico focado em sentimentos de aversão e autodesprezo e em cognições de perseguição e eliminação de partes do *eu* têm uma maior probabilidade de desenvolverem psicopatologia (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert, 1998a, 2002a; Murphy et al., 2002; Teasdale & Cox, 2001; Zuroff, Moskowitz, & Côté, 1999). Estes resultados suportam os dados encontrados noutros estudos, os quais sugeriram que o

autocriticismo constitui um marcador importante de vulnerabilidade para a psicopatologia, em especial para a depressão (Gilbert et al., 2004; Murphy et al., 2002; Teasdale & Cox, 2001; Whelton & Greenberg, 2005) e que as suas qualidades patogénicas dependem do grau de hostilidade, desprezo e aversão autodirigidos (Gilbert, 2000d; Whelton & Greenberg, 2005; Zuroff et al., 2005), associado a uma incapacidade em gerar sentimentos de afeto, cuidado e tranquilização para com o *eu* (Gilbert et al., 2004; Linehan, 1993b; Neff, 2003a; Whelton & Greenberg, 2005). Com base neste facto, o que parece ser central para a depressão e/ou para outros problemas emocionais, mais do que o estilo de processamento autocrítico, é a incapacidade de gerar uma atitude de calor, aceitação e bondade para com o *eu* (Irons & Gilbert, 2005; Gilbert et al., 2006; Gilbert & Procter, 2006). Quanto à associação desta medida com outros instrumentos de avaliação do autocriticismo (LOSC), os dados sugeriram que o autocriticismo, que deriva da internalização de padrões elevados de realização, obteve correlações mais elevadas com o *eu inadequado* (FSCRS), o que poderá indicar que o autocriticismo focado em sentimentos de inferioridade e inadequação do *eu* será a expressão dessas atitudes e padrões elevados de exigência interna (perfeccionismo). Ou seja, que a internalização desses padrões perfeccionistas de realização poderá ser uma via aprendida de lidar com a autoinadequação e inferioridade. O *eu* (nestas duas subescalas) é visto como imperfeito, inferior e deficiente/incompetente. Por outro lado, este resultado também pode sugerir que os indivíduos, apesar de se sentirem inadequados ou autodesapontados quando falham, podem manter o afeto por si próprios (gostar do *eu*). O autocriticismo, baseado em sentimentos de inferioridade em relação aos outros (autocriticismo comparativo), revelou correlações significativas mais elevadas (apesar de moderadas) com o *eu detestado*. Provavelmente, isto poderá significar que a existência de um estilo de processamento autocrítico, focado em sentimentos de desprezo, hostilidade e ódio pelo *eu*, está relacionado com a forma como os outros veem o *eu* (comparação social). Isto é, o foco desta forma de autocriticismo centra-se nas comparações desfavoráveis do *eu* com os outros, vistos como hostis, superiores ou críticos, contribuindo para a perceção e sentimentos de inferioridade ou diminuição em relação aos outros, que são recrutados para a avaliação do *eu* em forma de cognições negativas de desvalorização, punição e ataque ao *eu* (*eu detestado*). Estes resultados apontam para uma boa validade convergente e suportam os dados encontrados no estudo da versão original (Gilbert et al., 2004);

v) os estudos da validade divergente revelaram correlações negativas significativas com outros instrumentos que medem construtos diferentes. As correlações obtidas para estes estudos foram também mais expressivas na amostra clínica. O *eu tranquilizador* (FSCRS) mostrou-se negativamente associado com todas as dimensões de psicopatologia (avaliadas pela EADS-42 e pelo QGS-28), em especial com a depressão, e com o autocriticismo e autoataque (avaliados pela FSCRS e pelo LOSC). Estes dados sugerem, por um lado, que a

autotranquilização poderá funcionar como uma estratégia de autorregulação protetora ou amortecedora da vulnerabilidade para a psicopatologia. Por outro lado, que as pessoas que se autocriticam ou autocondenam quando falham ou quando não atingem objetivos valorizados possuem fracas competências de autotranquilização ou manifestam dificuldades na valorização dos aspetos positivos da sua experiência ou de si próprios, o que evidencia que estes construtos (autocriticismo e autocompaixão) estão relacionados com sistemas de regulação de afeto diferentes (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005c, 2005d; Neff, 2003a). Mais ainda, a autotranquilização parece ser uma competência importante na diminuição de sentimentos de inferioridade/diminuição em relação aos outros (Kelly, Zuroff, & Shapira, 2009; Neff, 2003a). O mesmo padrão de correlações foi obtido entre as formas negativas do autocriticismo e outras medidas de autorresposta, como a SELFCS e o LOT-R, o que corrobora resultados já existentes (Gilbert et al., 2004; Gilbert & Procter, 2006; Irons & Gilbert, 2005; Kelly et al., 2009; Neff, 2003a). Os resultados obtidos revelaram que a capacidade de autotranquilização e autocompaixão se mostrou negativamente correlacionada (e contrária) com o autocriticismo, funcionando como um antídoto, isto é, como uma contrarresposta afetiva possível para lidar com uma visão do *eu* negativa, inferior ou odiada (Gilbert, 2000d). Por fim, os indivíduos mais autocríticos revelaram-se menos otimistas do que os indivíduos menos autocríticos (mais autocompassivos). Estes dados sugerem que a medida apresenta uma boa validade divergente;

vi) A FSCRS revelou boa capacidade discriminativa (sensibilidade) para diferentes grupos populacionais. Os resultados mostraram que os indivíduos da amostra clínica se distinguiram dos indivíduos normais (estudantes e população geral) nos valores médios obtidos nas três subescalas da FSCRS. Os indivíduos estudantes não se distinguiram dos indivíduos da população geral em cada uma das subescalas da medida.

Em conclusão, a versão portuguesa da FSCRS apresentou boas propriedades psicométricas, constituindo-se como um instrumento de medida válido e de útil aplicação, quer no âmbito da prática clínica, quer no âmbito da investigação.

3. Estudo 2 – A versão portuguesa da Escala da Autocompaixão (SELFCS)

A compaixão, numa visão mais ampla e budista, emerge de uma combinação de motivos, emoções, pensamentos e comportamentos, que nos abre ao sofrimento de nós próprios e dos outros, levando-nos a compreender esse sofrimento de um modo não julgador, bem como a atuar tendo em vista o seu alívio (Gilbert, 2005a). Envolve estar aberto ao sofrimento dos outros, o desejo de os ajudar a diminuir o sofrimento, tolerância, oferecendo aos outros paciência, bondade e uma atitude não crítica, reconhecendo que todos os seres humanos são imperfeitos e cometem erros. Do mesmo modo, a autocompaixão implica estar aberto ao

próprio sofrimento, experienciando sentimentos de calor, de cuidado e de compreensão para com o *eu*, numa atitude de observação curiosa e de compreensão não avaliativa em relação aos nossos erros e inadequações, reconhecendo as nossas experiências como parte duma experiência humana comum (Neff, 2003a). Requer uma atividade metacognitiva que permita e facilite o reconhecimento das experiências interativas do *eu-outros*, que quebre o ciclo da sobreidentificação e que aumente o sentimento de ligação e de interconectividade, diminuindo os sentimentos egocêntricos de separação e isolamento. Nesse sentido, uma atitude compassiva para com o *eu* pressupõe um estado da mente aberto, receptivo e não avaliativo em que o indivíduo observa os seus pensamentos e sentimentos tal como eles surgem na corrente da consciência sem tentar modificá-los, eliminá-los ou evitá-los (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Teasdale et al., 2000).

Vários autores têm procurado definir este construto. Neff (2003a) defende que a autocompaixão representa uma atitude calorosa e de aceitação pelos aspetos negativos do *eu* ou da vida, sendo composta por três componentes básicos: (a) calor/compreensão, isto é, a capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; (b) condição humana, que significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e (c) *mindfulness*, a consciência equilibrada e aceitação dos próprios pensamentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva sobreidentificação com os mesmos. Estes componentes, são conceptualmente e fenomenologicamente distintos, apesar de serem interativos e interdependentes. Assim, ter uma verdadeira atitude autocompassiva pressupõe desejar bem-estar ao *eu*, encorajá-lo a mudar de forma calorosa quando necessário e a retificar padrões de comportamento disfuncionais e dolorosos (Neff, 2003a). Uma vez que a experiência autocompassiva se relaciona com a dinâmica *eu-outro*, ser autocompassivo implica não ser autocentrado, nem colocar os objetivos pessoais acima dos objetivos dos outros. Em vez disso, a autocompaixão envolve compreender que o sofrimento, os erros, o fracasso e as inadequações fazem parte da condição humana e que todos os seres humanos, inclusive o próprio *eu*, são merecedores de compaixão. Ou seja, sermos capazes de analisar a nossa experiência como parte da condição humana afasta-nos de atitudes e comportamentos autocentrados em relação aos nossos problemas que conduzem, inevitavelmente, a sentimentos egocêntricos de “pena de nós mesmos” e a maior sofrimento pessoal (Goldstein & Kornfield, 1987; Neff, 2003a). Ao contrário dos sentimentos de “pena de si” que exacerbam o sofrimento vivido, expandindo-o, a compaixão permite entender o sofrimento pessoal como algo inerente à vida humana mantendo, assim, um sentimento de conexão com os outros. Pelo contrário, o componente sobreidentificação, significa o *eu* tornar-se submerso nas suas reações emocionais subjetivas, sendo difícil o distanciamento da situação e a adoção de uma perspetiva mais objetiva (Bennett-Goleman, 2001). De facto, um indivíduo com elevada autocompaixão não evita ou reprime os seus sentimentos dolorosos e negativos,

mas é capaz de reconhecer e sentir compaixão pela sua experiência, adotando uma perspectiva mental mais equilibrada, designada de *mindfulness* (Goldstein & Kornfield, 1987; Gunaratana, 1993; Kabat-Zinn, 1994; Langer, 1989; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Podemos reduzir a carga emocional que acompanha os nossos pensamentos se aprendermos a aceitar que possam emergir na nossa mente, sem os julgar ou reagir, tentando afastá-los ou modificá-los (Hayes et al., 2006). Portanto, ter autocompaixão não significa que os erros sejam ignorados ou que não assumamos a responsabilidade pelas nossas ações. Pelo contrário, quando a autocompaixão é genuína implica uma observação consciente dos erros e inadequações, assim como o encorajamento das ações necessárias para corrigir ou modificar padrões de resposta disfuncionais ou dolorosos (Neff, 2003a).

Por tudo isto, a autocompaixão é considerada uma estratégia de regulação emocional positiva fundamental, que se caracteriza por os sentimentos negativos e dolorosos não serem evitados, antes pelo contrário, são encarados com abertura, calor e bondade e com um sentido de humanidade partilhada. As emoções negativas são transformadas em estados emocionais positivos que permitem uma perceção mais clara e realista da situação e a adoção de ações com vista à sua mudança (Folkman & Moskowitz, 2000; Isen, 2000; Neff, 2003a). A autocompaixão representa, assim, uma integração equilibrada entre a preocupação com o *eu* e a preocupação com os outros, integração esta que os investigadores reconhecem como essencial ao funcionamento ótimo (Blatt, 1995; Neff, 2003b). Este equilíbrio não advém de colocar em destaque a preocupação com o *eu versus* a preocupação com os outros, nem de encontrar um meio-termo entre estas. Ao invés, o verdadeiro equilíbrio emerge do reconhecimento que todos os seres humanos merecem ser tratados compassivamente e que esta atitude compassiva orientada para o *eu* também é absolutamente necessária.

Por sua vez, Gilbert (1989, 2005b) parte de uma perspectiva diferente e define a autocompaixão com base no legado da psicologia evolucionária, mais concretamente, da teoria da vinculação e da teoria das mentalidades sociais. A autocompaixão deriva da evolução do sistema fisiológico dos mamíferos, subjacente à vinculação e ao comportamento de prestação de cuidados. Por estar associada a este sistema de vinculação e à mentalidade de prestação de cuidados, traduz-se num estado interno de calma, calor e aceitação, com comportamentos ativos de exploração, criatividade, afiliação e cuidado pelo *eu*. Estas competências autocompassivas envolvem o investimento e atenção para com o objeto de cuidado (*eu*), a supressão da agressão para com o mesmo, a responsividade à sua angústia, a avaliação e a satisfação das suas necessidades, assim como a empatia, simpatia e afeto para com o *eu*.

Investigações recentes evidenciaram que os indivíduos variam no traço de autocompaixão e que a autocompaixão se apresenta fortemente associada à saúde psicológica, constituindo uma estratégia de autorregulação emocional com um efeito protetor no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Leary & Hoyle, 2007; Neff et al., 2003, 2005). A

título de exemplo, Neff e colaboradores (2003a, 2005, 2007) mostraram uma relação significativa positiva entre a autocompaixão e a saúde psicológica, mais concretamente com a satisfação com a vida, a ligação social e a inteligência emocional. Em oposição, a autocompaixão mostrou-se negativamente correlacionada com o autocrítico, a depressão, a ansiedade, a ruminação, a supressão do pensamento e o perfeccionismo neurótico (Gilbert & Procter, 2006; Neff et al., 2003, 2005, 2007). Toda a investigação existente acerca deste construto psicológico nuclear tem-se centrado, sobretudo, na utilização apenas de uma medida de autorresposta – a Escala da Autocompaixão (SELFCS; Neff, 2003a) (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007; Neff, 2003a, 2005, 2007; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). O estudo das qualidades psicométricas da versão original da medida revelou que os aspetos negativos e positivos dos três componentes da autocompaixão deveriam formar seis fatores separados mas intercorrelacionados. Os seis componentes da autocompaixão mostraram uma elevada intercorrelação entre si. A autora (Neff, 2003a) levou a cabo Análises Fatoriais Confirmatórias para cada componente, no sentido de testar o modelo teórico que postula a existência de diferentes, mas interligados, componentes de autocompaixão, numa amostra de 391 estudantes universitários. Para a componente *calor/compreensão versus autocrítica*, o modelo imposto apresentou uma boa qualidade de ajustamento em suporte da existência destes dois fatores, com os seguintes índices de ajustamento: NNFI = .88 e CFI = .91. Os valores de consistência interna obtidos foram .78 (*calor*) e .77 (*autocrítica*). No que concerne ao componente *condição humana versus isolamento*, os valores obtidos de NNFI = .99 e de CFI = .99 são indicadores de um ajustamento muito bom ao modelo teórico proposto. Os alfas de Cronbach obtidos foram de .80 para a componente *condição humana* e de .79 para o componente *isolamento*. Por último, o componente *mindfulness versus sobreidentificação* mostrou valores de NNFI = .94 e de CFI = .96, reveladores de uma boa adequação do modelo. Em síntese, estes dados demonstraram a existência de um único fator de ordem superior a explicar estas intercorrelações (NNFI = .90; CFI = .91), sugerindo a autocompaixão como um traço de segunda ordem, resultante da combinação de diferentes subtraços (Neff, 2003a). As cargas fatoriais para cada fator mostraram-se significativamente diferentes de zero ($p < .001$), e as intercorrelações entre os fatores fortes. A consistência interna do total da medida revelou-se muito boa ($\alpha = .92$), assim como a fidelidade temporal ($r = .93$). No mesmo estudo ainda, os resultados sugeriram uma boa validade construto, uma vez que a autocompaixão não se mostrou correlacionada significativamente com enviesamentos de desejabilidade social. Quanto à validade de conteúdo os resultados obtidos revelaram que os indivíduos com níveis elevados de autocompaixão relataram serem igualmente amáveis consigo próprios e com os outros. Por outro lado, os indivíduos com baixa autocompaixão relataram ser mais amáveis com os outros do que consigo próprios. Constatou-se o reconhecimento do *eu* como merecedor de atenção, cuidado e paciência, uma característica importante da auto-

compaixão. A validade convergente foi calculada através da associação com outros construtos relacionados, nomeadamente o auto-criticismo, a ligação social e a inteligência emocional. Os dados obtidos mostraram correlações significativas e no sentido esperado da associação, quer com o autocrítico, quer com os construtos de ligação social e de inteligência emocional. As correlações encontradas de magnitude moderada sugeriram que as medidas medem construtos diferentes. Relativamente aos índices de psicopatologia, a autocompaixão mostrou-se negativamente correlacionada com a ansiedade e depressão, e positivamente correlacionada com a satisfação com a vida, resultados que sugeriram que a autocompaixão será um processo adaptativo com efeitos positivos no bem-estar e na resiliência psicológica (Neff, 2003a). Por outro lado, a correlação com o perfeccionismo neurótico, estatisticamente significativa e no sentido esperado da associação, indicou que os indivíduos autocompassivos se mostraram mais aceitantes, experienciando menos *stress* e sofrimento quando falharam objetivos valorizados. Isto não significa que a autocompaixão gere passividade e resignação em relação a padrões mais baixos de realização. Este resultado foi igualmente encontrado quando se controlou o efeito do autocrítico, no sentido em que ficou claro que a autocompaixão se mostrou uma variável preditora de saúde mental, independentemente do autocrítico. A medida revelou ainda boa validade discriminante em relação a medidas de autoestima. Em suma, os dados obtidos pela autora na versão original indicaram a medida como um instrumento bom e útil para avaliação da autocompaixão (Neff, 2003a).

Recentemente, Gilbert (2007) construiu duas novas escalas (Escala de Compaixão e Cuidado pelo Eu e Escala de Compaixão e Cuidado pelos Outros) que estão ainda em desenvolvimento, procurando dar mais um contributo para a clarificação do conceito compaixão, quer pelo *eu* quer pelos outros. A Escala de Compaixão e Cuidado pelo Eu (ECCE) (CCS; *Compassion and Care for Self Scale*; Gilbert, 2007) e a Escala de Compaixão e Cuidado pelos Outros (ECCO) (CCS; *Compassion and Care for Other Scale*; Gilbert, 2007) (tradução para a população portuguesa por Dinis, Matos, & Pinto-Gouveia, 2008) diferem apenas no conteúdo dos itens e são constituídas por 36 itens divididos em sete subescalas que correspondem a cada um dos componentes da compaixão definidos pelo referido autor.

O presente estudo centra-se na medida construída e desenvolvida por Kristin Neff (2003a). A Escala de Autocompaixão é um instrumento composto por 26 itens, divididos em seis subescalas. Pretende-se, neste segundo estudo, analisar as qualidades psicométricas e validade da versão portuguesa da SELFCS.

3.1. Método

3.1.1. Amostra

Foi constituída uma amostra de conveniência com sujeitos da população normal e sujeitos com psicopatologia que permitisse a realização de estudos de validação da medida em

análise. No período de 2007 a 2008 recolheu-se a amostra, em que foram considerados os seguintes critérios de exclusão: (a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65; (b) preenchimento incompleto dos questionários de autorresposta; e (c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão que comprometeriam o preenchimento correto das escalas. No que concerne à amostra clínica acrescentaram-se alguns critérios de exclusão específicos: (e) escolaridade inferior ao 4º ano; (f) presença de doença psicótica ou bipolar; e (g) défice cognitivo ou deficiência mental.

Feito o escrutínio de acordo com os critérios de exclusão previamente definidos, a amostra final de população não clínica ficou constituída por 1128 (78.12%) sujeitos, em que 928 (82.3%) sujeitos são estudantes da Universidade de Coimbra e da Universidade de Aveiro e os restantes 200 (17.7%) são sujeitos da população geral, trabalhadores e residentes na zona Centro e Norte do país. A maioria dos sujeitos é do género feminino ($n = 848$; 75.2%), sendo apenas 280 (24.8%) sujeitos do género masculino. A média das idades dos sujeitos é de 24.50 ($DP = 8.03$). Quanto à variável anos de escolaridade, a média obtida é de 14.20 ($DP = 4.59$). No que diz respeito ao estado civil, predominam os sujeitos solteiros ($n = 955$; 84.7%), seguidos dos sujeitos casados ($n = 131$; 11.6%), divorciados/separados ($n = 24$; 2.1%), em união de facto ($n = 13$; 1.2%) e, por fim, viúvos ($n = 5$; .4%). Quanto ao nível socioeconómico, 770 (68.3%) sujeitos são estudantes, 190 (16.8%) pertencem a um nível socioeconómico médio, 88 (7.8%) pertencem a um nível socioeconómico baixo e, por fim, 79 (7.0%) sujeitos pertencem a um nível socioeconómico elevado.

No que concerne à amostra clínica, esta foi recrutada de vários Departamentos de Psiquiatria de vários Hospitais públicos, da zona Norte e Centro do país, a saber: Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra – Unidade Sobral Cid; Gabinete de Psicologia dos Serviços e Ação Social do Instituto Politécnico de Coimbra; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã; Departamento de Psiquiatria do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro; e Departamento de Psiquiatria do Hospital de São Teotónio, Viseu. A recolha dos doentes foi operacionalizada após aprovação prévia da Comissão de Ética da Saúde Mental, de cada unidade hospitalar participante, respetivamente. Os doentes participantes foram recrutados mediante sinalização prévia efetuada pelos psicoterapeutas e psiquiatras responsáveis. A avaliação e confirmação diagnóstica foram feitas mediante a passagem de entrevistas estruturadas validadas, nomeadamente a SCID I, a ADIS-IV, a SCID II e a BPDSI-IV (c.f. Capítulo 3, ponto 3). A amostra clínica foi recolhida entre 2007 e 2010, fazendo parte de uma linha de investigação mais ampla, e ficou constituída por 316 doentes com patologia do Eixo I e do Eixo II. Especificamente, 74.05% ($n = 234$) preencheram critérios para perturbações do Eixo I e Eixo II (em comorbilidade), 18.35% ($n = 58$) para perturbações do Eixo II e 7.59% ($n = 24$) para perturbações do Eixo I. A maioria dos sujeitos que compõem

esta amostra pertence ao género feminino ($n = 253$; 80.06%), sendo que apenas 63 (19.94%) pertencem ao género masculino. A média das idades dos sujeitos é de 28.69 ($DP = 8.74$) e dos anos de escolaridade é de 13.95 ($DP = 3.38$). No que concerne ao estado civil, predominam os sujeitos solteiros ($n = 230$; 72.78%), seguidos dos sujeitos casados ($n = 66$; 20.89%), divorciados/separados ($n = 9$; 2.85%), em união de facto ($n = 9$; 2.85%) e, por fim, viúvos ($n = 2$; .6%). Quanto ao nível socioeconómico, 126 (39.87%) sujeitos são estudantes, 75 (23.74%) pertencem a um nível socioeconómico médio, 64 (20.25%) pertencem a um nível socioeconómico baixo e, por fim, 50 (15.82%) sujeitos pertencem a um nível socioeconómico elevado. As características demográficas da amostra não clínica e da amostra clínica são apresentadas na Tabela 4.14.

Tabela 4.14. Características demográficas da amostra não clínica ($N = 1128$) e da amostra clínica ($N = 316$)

	Amostra Não Clínica ($N = 1128$)		Amostra Clínica ($N = 316$)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	24.50	8.03	28.69	8.74
Anos de Escolaridade	14.20	4.59	13.95	3.38
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género				
Masculino	280	24.82	63	19.94
Feminino	848	75.18	253	80.06
Estado Civil				
Solteiro	955	84.66	230	72.78
Casado	131	11.70	66	20.89
Divorciado	24	2.13	9	2.85
Viúvo	5	.44	2	.63
União de Facto	13	1.15	9	2.85
Nível Socioeconómico				
Baixo	88	7.80	64	20.25
Médio	190	16.84	75	23.74
Elevado	79	7.00	50	15.82
Estudantes	770	68.26	126	39.87

3.1.2. Instrumentos de medida

Cada participante preencheu um protocolo de investigação que incluiu as seguintes medidas de autorresposta: Escala de Autocompaixão (SELFCS; Castilho & Pinto-Gouveia, 2010), Escalas de Depressão, Ansiedade e *Stress* (EADS-42; Pais-Ribeiro et al., 2004), Escala de Comparação Social (ECS; Allan & Gilbert, 1997) e Questionário de Orientação de Vida Revisto (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994). A caracterização das medidas usadas encontra-se descrita no Capítulo 3, ponto 3.

3.1.3. Procedimentos

3.1.3.1. Procedimento metodológico

Para a adaptação da medida para a Língua Portuguesa procedeu-se à sua tradução-retroversão de forma a garantir a comparabilidade da versão portuguesa com a versão original. Os itens começaram por ser traduzidos da Língua Inglesa para a Língua Portuguesa

por um psicólogo que domina a Língua Inglesa escrita e falada. Foram verificados os aspetos relativos à semelhança lexical e conceptual, preservando o conteúdo do item. De seguida, o processo de retroversão foi realizado por tradutor de nacionalidade inglesa. O conjunto de instrumentos de autorresposta que compunham o protocolo foi administrado aos participantes pela autora. No grupo dos estudantes a bateria foi completada pelos sujeitos no contexto de sala de aula, com prévio conhecimento e autorização do professor responsável. O grupo de sujeitos da população geral foi recrutado na zona Norte e Centro do país, em vários locais, desde instituições públicas, escolas, bancos, fábricas, conhecidos e familiares. O grupo da amostra clínica foi recolhido em vários hospitais públicos do país, no departamento de psiquiatria, pertencentes à zona Centro e Norte e em consultórios privados de terapeutas experientes. A versão portuguesa da SELFCS foi administrada a 34 estudantes do Ensino Superior após um intervalo de tempo de quatro semanas, para averiguar a fidelidade teste-reteste. Em conformidade com os requisitos éticos exigidos, enfatizou-se o facto da cooperação no estudo ser de natureza voluntária, com respeito pela confidencialidade da informação e pelo seu uso restrito apenas no contexto de investigação.

3.1.3.2. Estratégia analítica

O estudo apresenta um desenho de natureza transversal. No que diz respeito ao estudo da dimensionalidade da Escala da Autocompaixão (SELFCS), optou-se pela Análise Fatorial Confirmatória por se revelar o método mais apropriado de exploração das relações entre as variáveis observadas e latentes e as correlações entre as últimas. O objetivo pretendido era apenas confirmar determinados padrões estruturais da medida, ou seja, se determinados fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de determinadas variáveis manifestas específicas de acordo com padrão pré-estabelecido ou modelo teórico. A análise da qualidade de ajustamento global e local do modelo fatorial foi calculada através dos índices de ajustamento e respetivos valores de referência específicos. Esta análise consiste em verificar se o modelo proposto se afasta ou aproxima da matriz de dados recolhidos, ou seja, se traduz uma explicação adequada ou fraca do construto (Kline, 2005; Maroco, 2010b). Procedeu-se também à análise da consistência interna através do cálculo do alfa de Cronbach, considerada a melhor estimativa de fidelidade de um teste (DeVellis, 2003; Nunnally, 1978). A qualidade dos itens foi examinada através do cálculo da correlação do item com o total da escala exceto o próprio item (Nunnally, 1978). A fidelidade teste-reteste, bem como as validades convergente e divergente foram analisadas através do coeficiente de correlação paramétrico de *Pearson* (Pallant, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007). À semelhança do estudo anterior recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney-Wilcoxon para testar as diferenças em relação à média das variáveis em estudo, nos três grupos. Decidiu-se efetuar também o teste paramétrico ANOVA (com teste *post-hoc* de Bonferroni), mais robusto, para confirma-

ção das diferenças encontradas na comparação dos grupos populacionais.

Os procedimentos estatísticos para o estudo da Análise Fatorial Confirmatória foram efetuados com o *Software* Amos (versão 19; SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Para o estudo das estatísticas descritivas e inferenciais utilizou-se o *Software* PASW (*Predictive Analytics Software*) *Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

3.1.3.3. Especificação do instrumento

A Escala da Autocompaixão (SELFCS) é constituída por 26 itens que avaliam os níveis de autocompaixão, tal como foram conceptualizados na psicologia budista. Foi construída para medir os três grandes componentes da autocompaixão, em subescalas separadas. Aproximadamente, um terço dos itens reflete a dimensão do *calor e compreensão* (*self-kindness*) (5 itens) *versus* *autojulgamento e autocritica* (5 itens) da autocompaixão; outro terço avalia o componente de *humanidade comum* (4 itens) *versus* *isolamento* (4 itens); o terço final foca-se no componente de *mindfulness* (4 itens) *versus* *sobreidentificação* (4 itens) com a experiência interna. Como se pode verificar, os itens foram ordenados de forma a representarem os aspetos positivos e negativos de cada componente, em equidade proporcional.

3.2. Resultados

3.2.1. Análise preliminar dos dados

O pressuposto da distribuição normal das variáveis foi analisado através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e da análise dos valores de assimetria e de achatamento (*Skewness* e *Kurtosis*, respetivamente) para testar o enviesamento em relação à média. Os resultados mostraram que as variáveis não têm uma distribuição normal ($K-S, p \leq .001$), sendo que os valores de *Skewness* e de *Kurtosis* obtidos não apresentaram graves enviesamentos (Kline, 1998). Utilizaram-se testes paramétricos, pela robustez que apresentam face a violações à normalidade das variáveis (Maroco, 2010b). A existência de *outliers* foi analisada através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). Foram identificadas algumas observações extremas, tendo-se decidido pela sua manutenção, por não interferirem com as análises estatísticas realizadas (Tabachnick & Fidell, 1989, 2007).

3.3.2. Estatística descritiva

No sentido de caracterizar as variáveis em estudo, em ambas as amostras (não clínica e clínica) utilizaram-se medidas de tendência central (média, mediana), de localização (quartis) e de dispersão (desvio-padrão). Nas Tabelas 4.15., 4.16., 4.17. e 4.18. são apresentadas as estatísticas descritivas do total da autocompaixão (SELFCS) e das respetivas subescalas/dimensões, para a amostra total ($N = 1444$) e três grupos populacionais em estudo.

Da análise da amostra total (cf. Tabela 4.15.), o *total* da *autocompaixão* (SELFCS) e as

respetivas dimensões variam entre valores mínimos de 1 e valores máximos de 5 pontos. Para o total da amostra, verifica-se que a média obtida para a subescala *calor/compreensão* é mais baixa ($M = 2.58$; $DP = .87$) que as médias obtidas para as restantes subescalas e que subescala *sobreidentificação* obteve a pontuação média mais elevada ($M = 3.15$; $DP = .15$).

Tabela 4.15. Médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos, máximos e percentis para a amostra total ($N = 1444$)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25	50	75
SELFCS Total	2.79	.72	2.85	1	5	2.31	2.85	3.31
Calor/Compreensão	2.58	.87	2.60	1	5	2.00	2.60	3.20
Condição Humana	2.86	.85	3.00	1	5	2.25	3.00	3.50
Mindfulness	2.76	.78	2.75	1	5	2.25	2.75	3.25
Autocrítica	3.13	1.00	3.20	1	5	2.40	3.2	3.80
Isolamento	3.13	.97	3.25	1	5	2.50	3.25	3.75
Sobreidentificação	3.15	.15	3.25	1	5	2.50	3.25	3.75

Nota. SELFCS = Escala da Autocompaixão

Os resultados obtidos na amostra total sugerem que os indivíduos variam no traço de autocompaixão (Neff, 2003a, 2003b, 2009; Neff, Kirpatrick, & Rude, 2007; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011) e tendem a ser mais autocríticos e punitivos consigo próprios, do que compassivos e aceitantes. A autocompaixão requer exatamente o oposto, isto é, tolerância e bondade com o *eu* ao invés de autocrítico e autopunição perante situações difíceis e de fracasso, apesar destas dimensões não serem mutuamente exclusivas (Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995; Gilbert et al., 2004; Neff, 2003a). Por outro lado, os indivíduos desta amostra tendem a sobreidentificarem-se com experiência interna, o que contribui para o sentimento egocêntrico (“o nosso sofrimento é só nosso, único e diferente do dos outros”) e para a vivência de isolamento. Pelo contrário, a atitude compassiva implica que os sentimentos negativos e pensamentos disfuncionais sejam abordados com clareza (ao invés de serem ignorados ou evitados) e encarados com bondade, compreensão e um sentido de humanidade partilhada. Ao agirem desta forma, os indivíduos colocam a experiência humana numa perspetiva mental mais clara e equilibrada em que as emoções negativas não são suprimidas ou evitadas, mas sim aceites como são no momento presente (*mindfulness*) (Folkman & Moskowitz, 2000; Goldstein & Kornfield, 1987; Gunaratana, 1993; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Isen, 2000; Kabat-Zinn, 1994; Teasdale et al., 2000). Esta capacidade de sermos capazes de analisar e encarar a nossa experiência como parte da condição humana protege-nos do egocentrismo excessivo dos nossos problemas e experiências internas, permitindo-nos lidar melhor com o sofrimento, mantendo o sentimento de ligação e conexão aos outros e a nós próprios (Neff, 2003a; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Analisando as médias das subescalas/dimensões da autocompaixão por grupo populacional (estudantes universitários, população geral e doentes) (cf. Tabelas 4.16., 4.17. e 4.18.), verifica-se que o grupo clínico apresentou valores médios mais baixos no *total* da autocom-

paixão (SELFCS), e nas subescalas *calor/compreensão*, *condição humana* e *mindfulness*, como seria expectável (cf. Tabela 4.18.).

Tabela 4.16. Médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos, máximos e percentis para a amostra de estudantes universitários (N = 928)

	M	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25	50	75
SELFCS Total	2.92	.70	3.00	1.00	4.90	2.46	3.00	3.38
Calor/Compreensão	2.66	.85	2.60	1.00	5.00	2.00	2.60	3.20
Condição Humana	2.90	.83	3.00	1.00	5.00	2.25	3.00	3.50
Mindfulness	2.80	.76	2.75	1.00	5.00	2.25	2.75	3.25
Autocrítica	2.89	.96	2.80	1.00	5.00	2.20	2.80	3.60
Isolamento	2.95	.93	3.00	1.00	5.00	2.25	3.00	3.50
Sobreidentificação	2.97	.95	3.00	1.00	5.00	2.25	3.00	3.75

Nota. SELFCS = Escala da Autocompaixão

Tabela 4.17. Médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos, máximos e percentis para a amostra da população geral (N = 200)

	M	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25	50	75
SELFCS Total	2.94	.70	2.81	1.54	4.54	2.42	2.81	3.45
Calor/Compreensão	2.91	.82	3.00	1.00	5.00	2.40	3.00	3.40
Condição Humana	3.14	.89	3.25	1.00	5.00	2.75	3.25	3.75
Mindfulness	3.08	.76	3.00	1.00	5.00	2.50	3.00	3.50
Autocrítica	3.34	1.08	3.40	1.00	5.00	2.60	3.40	4.40
Isolamento	3.06	1.02	3.25	1.00	5.00	2.25	3.25	3.75
Sobreidentificação	3.16	.88	3.50	1.00	4.75	2.50	3.50	3.75

Nota. SELFCS = Escala da Autocompaixão

Tabela 4.18. Médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos, máximos e percentis para a amostra clínica (N = 316)

	M	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25	50	75
SELFCS Total	2.32	.61	2.31	1.04	4.58	1.88	2.31	2.74
Calor/Compreensão	2.11	.77	2.00	1.00	4.60	1.40	2.00	2.60
Condição Humana	2.52	.79	2.50	1.00	5.00	2.00	2.50	3.00
Mindfulness	2.39	2.50	.72	1.00	5.00	2.00	2.50	3.00
Autocrítica	3.68	.81	3.80	1.00	5.00	3.20	3.80	4.20
Isolamento	3.69	.83	3.75	1.00	5.00	3.25	3.75	4.25
Sobreidentificação	3.69	.81	3.75	1.25	5.00	3.25	3.75	4.25

Nota. SELFCS = Escala da Autocompaixão

Como esperado, os sujeitos com psicopatologia mostraram valores médios mais baixos no *total* da autocompaixão e respetivas dimensões positivas, resultados que sugerem que os doentes possuem menos autocompaixão, as suas experiências negativas internas e as situações de fracasso ou erro são amplificadas e perpetuadas pelas suas análises autocríticas, punitivas e de condenação (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982; Gilbert et al., 2004; Gilbert & Procter, 2006; Zuroff, Igreja, & Mongrain, 1990), têm mais sentimentos de isolamento (Wood, Saltzberg, Neale, & Stone, 1990) e sobreidentificação com pensamentos e emoções (Bishop et al., 2004; Nolen-Hoeksema, 1991). Os sentimentos de isolamento podem emergir quando o indivíduo, temporariamente, se esquece que os erros e imperfeições fazem parte da experiência humana partilhada, levando à exacerbação do sofrimento. A autocompaixão envolve ser caloroso, bondoso com o *eu* em situações de erro e fracasso, refor-

çando a ideia que o ser humano é imperfeito e que aprende com os seus próprios erros. Para além deste aspeto, a autocompaixão implica também uma abordagem *mindful* aos pensamentos e emoções, numa atitude não ajuizadora, de aceitação da experiência no momento presente. Esta dimensão positiva da autocompaixão pressupõe uma mudança de atenção em relação ao processamento cognitivo, especialmente, o relacionado com a elaboração de crenças acerca do *eu* (Martin, 1997) e a observação consciente da atividade da mente momento-a-momento, mais do que abandonar a situação ou tentar extinguir uma emoção. Portanto, os pensamentos e sentimentos negativos são vistos como acontecimentos da mente e não, necessariamente, um reflexo válido da realidade nem um aspecto central do *eu* (Bennett-Goleman, 2001; Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2004; Neff, 2003b). Por último, em relação às dimensões negativas, os dados mostraram que o grupo clínico revelou mais autocrítica, isolamento e sobreidentificação, comparativamente com os outros dois grupos (cf. Tabelas 4.16., 4.17. e 4.18.). Os indivíduos com psicopatologia são mais autocríticos, sentem-se desligados e isolados nos seus problemas e sofrimento, e tentam a todo o custo evitar ou suprimir estados emocionais negativos e pensamentos disfuncionais (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Gilbert et al., 2004; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Harman & Lee, 2009; Zuroff et al., 1990).

Os resultados obtidos corroboraram as nossas hipóteses relativas às diferenças entre indivíduos da população não clínica e indivíduos da população clínica, no total e nas dimensões da autocompaixão. Revela-se importante ressaltar que estes dados são inovadores, pela inclusão de uma amostra clínica numericamente expressiva, e porque os estudos recentes existentes sobre este construto e suas implicações, quer para a psicopatologia, quer para o bem-estar físico e psicológico, foram efetuados, na sua maioria, em amostras com sujeitos sem psicopatologia (sobretudo, estudantes universitários) e/ou com populações específicas (e.g., budistas).

3.2.3. Dimensionalidade da medida

3.2.3.1. Análise fatorial confirmatória

O estudo da dimensionalidade da medida, através da Análise Fatorial Confirmatória (AFC), com o objetivo de testar o modelo teórico proposto por Neff (2003a), foi realizado numa amostra da população portuguesa mais alargada (pressuposto exigido para garantir a estabilidade da solução testada). Previamente, tinha sido efetuado um estudo exploratório da medida relativo a algumas propriedades psicométricas, numa amostra não clínica (estudantes universitários), em que esta demonstrou possuir boas qualidades psicométricas (consistência interna e validade) (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Assim, a AFC pretende analisar se o modelo é capaz de reproduzir a estrutura correlacional das variáveis manifestas, observadas na amostra em estudo. Para o efeito, foram testados os pressupostos exigidos pela análise

(normalidade das variáveis, inexistência de *outliers*, significância das trajetórias). Avaliou-se a qualidade do modelo de medida com o recurso às estatísticas e índices de qualidade do ajustamento. Para além disso, avaliou-se também a fiabilidade e a validade do referido instrumento de medida. Ou seja, calculou-se a fiabilidade compósita e a variância extraída média por cada fator, como descrito por Fornell e Larcker (1981). A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. O ajustamento do modelo foi realizado a partir do índices de modificação (superiores a 11; $p < .001$). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis (D^2) e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e curtose (Ku) uni e multivariada (Finney & DiStefano, 2006; Maroco, 2010a). As variáveis não apresentaram valores de sk e de ku indicadores de violações severas à distribuição normal. Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software* Amos (versão 19, SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

O modelo postula que a autocompaixão engloba vários componentes que se dividem em seis fatores e 26 variáveis observadas (tal como se pode observar na especificação pictográfica representada na Figura 4.2.).

O modelo hexafatorial ajustado a uma amostra de 1444 indivíduos revelou uma boa qualidade de ajustamento ($\chi^2/df = 6.5$; TLI = .92; CFI = .93; RMSEA = .062; $p [rmsea < .05] < .001$), em suporte de validade fatorial da SELFCS. Os índices de ajustamento global do modelo estão descritos na Tabela 4.19. O teste de χ^2 revelou-se, tal como no estudo anterior, estatisticamente significativo. Este resultado deve-se ao facto do χ^2 ser uma estatística fortemente dependente do tamanho da amostra. Com vista a ultrapassar esta limitação foram analisados outros índices de ajustamento. A análise destes índices mostrou que o modelo imposto apresenta uma boa qualidade de ajustamento. No que concerne ao CFI, o valor obtido situa-se dentro do intervalo [.9; .95], o que é indicador de um ajustamento bom. Quanto ao TLI, este assume o valor dentro do intervalo (entre 0 e 1) para ser considerado um ajustamento bom (Arbuckle, 2008 citado por Maroco, 2010b; Tabachnick & Fidell, 2007). Por último, e em relação ao RMSEA, este situa-se no intervalo [.05; .08], o que é também indicador de um bom ajustamento.

Tabela 4.19. Indicadores absolutos e relativos do ajustamento global

Qui-Quadrado	6.53
Sig.	.000
CFI	.933
TLI	.922
RMSEA (Raiz quadrada média do erro de aproximação)	.062

A fiabilidade do modelo analisada através do cálculo da fiabilidade compósita (FC) dos fatores revelou-se muito boa ($> .7$) para as subescalas da medida $FC_{\text{Calor}} = .926$; $FC_{\text{C.Humana}} = .857$; $FC_{\text{Mindf.}} = .853$; $FC_{\text{Autocrítica}} = .930$; $FC_{\text{Isola.}} = .880$; $FC_{\text{S-identif.}} = .880$ (cf. Tabela 4.20.).

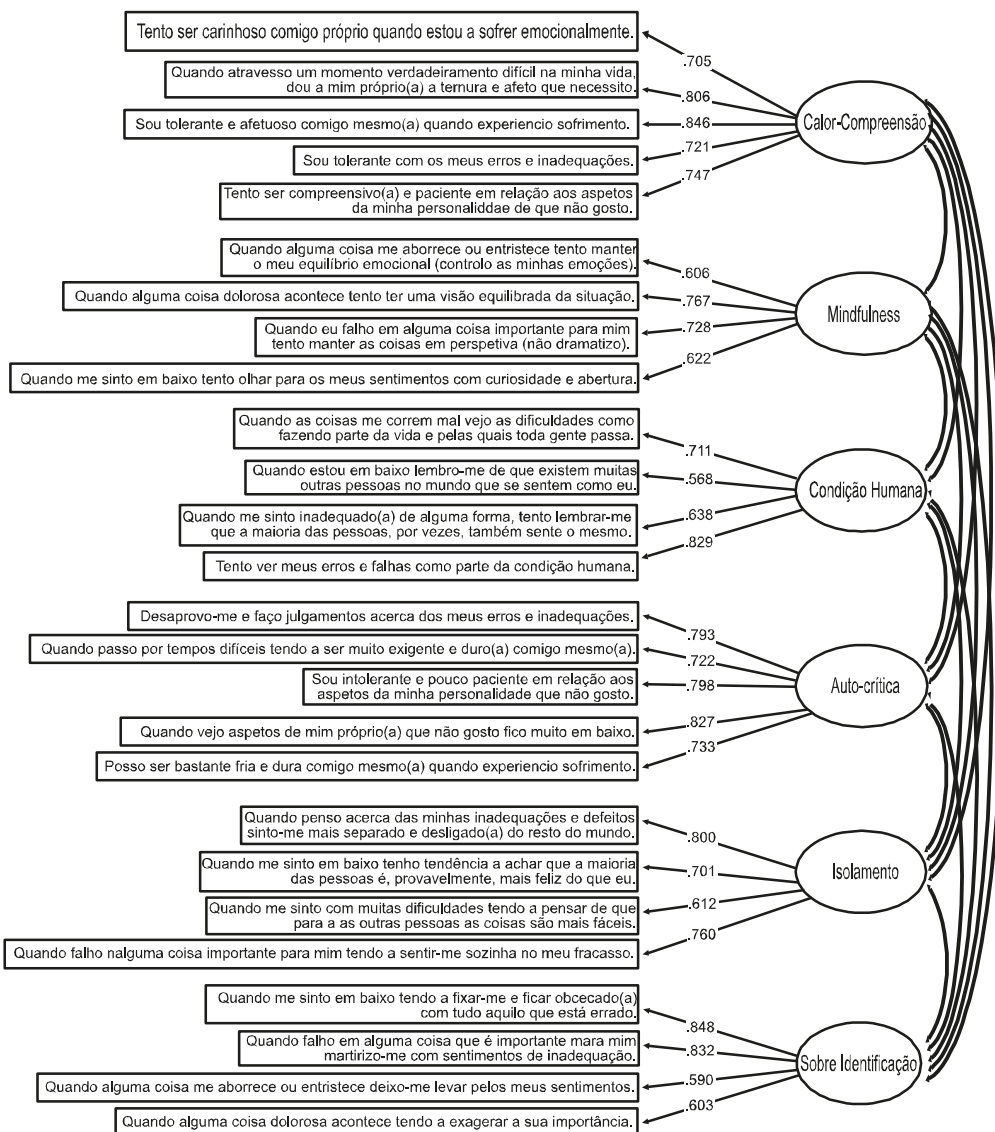


Figura 4.2. Especificação pictográfica do modelo estimado para a SELFCS de seis fatores

Tabela 4.20. Fiabilidade compósita dos fatores e valores de alfa de Cronbach

Fatores	FC	α
Calor/compreensão	.926	.88
Condição humana	.857	.82
Mindfulness	.853	.77
Autocrítica	.930	.88
Isolamento	.880	.83
Sobreidentificação	.880	.82
Total da SELFCS		.73

Nota. SELFCS = Escala da Autocompaixão

A validade fatorial (fiabilidade individual) também se mostrou apropriada, visto que todos os itens apresentam pesos estandardizados $> .5$ e todos os pesos ao quadrado $> .25$ (cf. Tabela 4.21.).

Tabela 4.21. Fatores e saturações fatoriais dos respectivos itens

Fatores	Saturação	R^2
Calor/Compreensão ($\alpha = .88$)		
SELFCS 5	.71	.50
SELFCS 12	.81	.66
SELFCS 19	.85	.72
SELFCS 23	.72	.52
SELFCS 26	.75	.56
Condição humana ($\alpha = .82$)		
SELFCS 3	.71	.50
SELFCS 7	.57	.32
SELFCS 10	.64	.41
SELFCS 15	.83	.69
Mindfulness ($\alpha = .77$)		
SELFCS 9	.61	.37
SELFCS 14	.77	.59
SELFCS 17	.73	.53
SELFCS 22	.62	.38
Autocrítica ($\alpha = .88$)		
SELFCS 1	.79	.62
SELFCS 8	.72	.52
SELFCS 11	.80	.64
SELFCS 16	.83	.69
SELFCS 21	.73	.54
Isolamento ($\alpha = .83$)		
SELFCS 4	.80	.64
SELFCS 13	.70	.49
SELFCS 18	.61	.37
SELFCS 25	.76	.58
Sobreidentificação ($\alpha = .82$)		
SELFCS 2	.85	.72
SELFCS 6	.83	.69
SELFCS 20	.59	.35
SELFCS 24	.60	.36

Nota. SELFCS = Escala da Autocompaixão

A validade convergente analisada em termos da Variância Extraída Média (VEM), revelou-se também muito boa ($> .7$), em que os valores obtidos são: $VEM_{\text{Calor}} = .880$; $VEM_{\text{C.Humana}} = .747$; $VEM_{\text{Mindf.}} = .733$; $VEM_{\text{Autocrítica}} = .889$; $VEM_{\text{Isolam.}} = .794$; e $VEM_{\text{S.Identif.}} = .799$.

Por fim, calculou-se a validade discriminante através da comparação entre as VEM e o quadrado da correlação entre fatores (c.f. Tabela 4.22.). Os resultados obtidos levam-nos a afirmar que os fatores, na sua globalidade, mostraram uma boa validade discriminante. Os fatores positivos da autocompaixão apresentam validade discriminante, à exceção dos dois fatores *condição humana* e *mindfulness* que não discriminam entre si. Verificou-se também que os fatores positivos (*calor/compreensão*, *condição humana*, *mindfulness*) se distinguem dos fatores negativos (*autocrítica*, *isolamento* e *sobreidentificação*). Finalmente, os três fatores negativos mostraram validade discriminante, apenas os fatores *autocrítica* e *isolamento* não se distinguem entre si. Estes dados indicam que os fatores positivos da autocompaixão são claramente distintos dos fatores negativos avaliados pela medida. Contudo, a *condição humana* não se distingue do *mindfulness*, nem a *autocrítica* do *isolamento*.

Tabela 4.22. Correlação entre os fatores da SELFCS

Fator		Estimativa	R^2
Sobreidentificação	↔ Isolamento	.97	.94
Sobreidentificação	↔ Autocrítica	.98	.95
Sobreidentificação	↔ Condição humana	-.50	.25
Sobreidentificação	↔ <i>Mindfulness</i>	-.61	.37
Sobreidentificação	↔ Calor/compreensão	-.61	.37
Autocrítica	↔ Isolamento	.93	.86
Condição humana	↔ Isolamento	-.49	.24
<i>Mindfulness</i>	↔ Isolamento	-.56	.32
Calor/compreensão	↔ Isolamento	-.55	.31
Condição humana	↔ Autocrítica	-.41	.17
<i>Mindfulness</i>	↔ Autocrítica	-.51	.26
Calor/compreensão	↔ Autocrítica	-.59	.34
<i>Mindfulness</i>	↔ Condição humana	.91	.82
Calor/compreensão	↔ Condição humana	.79	.62
Calor/compreensão	↔ <i>Mindfulness</i>	.89	.79

Em síntese, e tendo em conta a análise dos níveis de ajustamento global (cf. Tabela 4.19.) e local (cf. Tabela 4.20.) concluiu-se que o modelo testado é adequado.

3.3. Estudo das propriedades dos itens e consistência interna

A análise dos itens, efetuada através da correlação do item com o total das subescalas, exceto o próprio item, permite afirmar a qualidade de cada item na componente. Nas Tabelas 4.23. e 4.24., são apresentadas, para as amostras não clínica e clínica, respetivamente, as propriedades dos itens em que se descreve, para cada fator empírico da medida, os itens que o constituem, a média e o desvio-padrão desse mesmo item, bem como a correlação corrigida entre o item e o total do fator em que se insere. É apresentado também o α de Cronbach do total do fator se o item em causa fosse removido. São ainda apresentados os α de Cronbach para o total da Escala de Autocompaixão e repetivas subescalas.

Na amostra não clínica, o *total* da SELFCS apresentou uma consistência interna excelente ($\alpha = .94$). A partir da análise dos resultados (cf. Tabela 4.23), constata-se que a remoção dos itens não incrementaria a consistência interna de nenhuma das subescalas da medida. Em particular, a subescala *calor* apresentou um coeficiente de alfa de Cronbach bom ($\alpha = .88$). As correlações entre os cinco itens que constituem a subescala variaram entre .65 e .78. Para a subescala *condição humana*, constituída por quatro itens, o valor de consistência interna obtido mostrou-se bom ($\alpha = .81$). As correlações item-total também se revelaram adequadas, variando entre .59 e .67. A subescala *mindfulness*, composta por quatro itens, apresentou um alfa de Cronbach razoável ($\alpha = .77$). As correlações item-total variaram entre .53 e .66. Na subescala *autocrítica*, constituída por cinco itens, o coeficiente de alfa de Cronbach é bom ($\alpha = .88$). Nesta subescala, as correlações item-total variaram entre .69 e .75. Para a subescala *isolamento*, composta por quatro itens, o valor de consistência interna obtido mostrou-se bom ($\alpha = .82$). As correlações item-total variaram entre .62 e .69. Quanto à subescala *sobreidentificação*, constituída por quatro itens, revelou possuir uma consistência interna boa ($\alpha = .81$) e correlações item-total a variarem entre .55 e .71 (cf. Tabela 4.23.)

Tabela 4.23. Propriedade dos itens dos fatores da SELFCS e α de Cronbach para a SELFCS total, para a amostra não clínica ($N = 1128$)

Fatores da SELFCS		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i>	α
F1 Calor/Compreensão ($\alpha = .88$)					
5	Tento ser carinhoso comigo próprio(a) quando estou a sofrer emocionalmente.	2.81	1.07	.69	.85
12	Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim próprio(a) a ternura e afeto que necessito.	2.60	1.05	.76	.83
19	Sou tolerante e afetuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.	2.69	1.04	.78	.83
23	Sou tolerante com os meus erros e inadequações.	2.64	.99	.65	.86
26	Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto.	2.81	1.01	.66	.86
F2 Condição Humana ($\alpha = .81$)					
3	Quando as coisas correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida e pelas quais toda a gente passa.	3.16	1.05	.59	.78
7	Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.	2.83	1.09	.64	.76
10	Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.	2.72	1.05	.67	.74
15	Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.	3.06	1.03	.62	.77
F3 Mindfulness ($\alpha = .77$)					
9	Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento mater o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).	3.11	1.04	.53	.74
14	Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.	2.96	.99	.66	.67
17	Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspectiva (não dramatizo).	2.75	.99	.60	.70
22	Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.	2.57	.96	.50	.75
F4 Autocrítica ($\alpha = .88$)					
1	Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações.	2.80	1.14	.71	.86
8	Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).	3.04	1.18	.70	.86
11	Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto.	3.12	1.24	.75	.85
16	Quando vejo aspetos de mim próprio(a) que não gosto fico muito muito em baixo.	3.03	1.21	.74	.85
21	Posso ser bastante fria e dura comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.	3.21	1.24	.69	.87
F5 Isolamento ($\alpha = .82$)					
4	Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo.	3.16	1.25	.65	.78
13	Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.	2.89	2.89	.69	.76
18	Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.	3.14	3.14	.62	.79
25	Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso.	2.91	2.91	.64	.78
F6 Sobreidentificação ($\alpha = .81$)					
2	Quando me sinto em baixo tendo a ficar-me e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que está errado.	3.01	1.29	.71	.73
6	Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.	3.17	1.27	.69	.74
20	Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos.	2.77	1.00	.55	.80
24	Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.	3.09	1.11	.59	.78
SELFCS total ($\alpha = .94$)					

Nota. SELFCS = Escala da Autocompaixão

Tabela 4.24. Propriedade dos itens dos fatores da SELFCS e α de Cronbach para a SELFCS total, para a amostra clínica (N = 316)

Fatores da SELFCS		M	DP	r	α
F1 Calor/Compreensão ($\alpha = .86$)					
5	Tento ser carinhoso comigo próprio(a) quando estou a sofrer emocionalmente.	2.27	1.05	.66	.83
12	Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim próprio(a) a ternura e afeto que necessito.	1.96	.95	.74	.81
19	Sou tolerante e afetuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.	2.12	.98	.73	.81
23	Sou tolerante com os meus erros e inadequações.	2.03	.92	.58	.85
26	Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto.	2.19	.96	.65	.83
F2 Condição Humana ($\alpha = .79$)					
3	Quando as coisas correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida e pelas quais toda a gente passa.	2.75	.95	.61	.74
7	Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu.	2.54	1.09	.62	.73
10	Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo.	2.28	.99	.61	.74
15	Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.	2.53	.97	.57	.76
F3 Mindfulness ($\alpha = .70$)					
9	Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento mater o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções).	2.71	1.12	.46	.66
14	Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.	2.48	.98	.60	.56
17	Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspectiva (não dramatizo).	2.18	.88	.51	.63
22	Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura.	2.18	.97	.39	.69
F4 Autocrítica ($\alpha = .81$)					
1	Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações.	2.12	.95	.65	.76
8	Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a).	2.43	1.08	.51	.79
11	Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto.	2.33	1.10	.60	.77
16	Quando vejo aspetos de mim próprio(a) que não gosto fico muito muito em baixo.	2.17	1.02	.60	.77
21	Posso ser bastante fria e dura comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento.	2.54	1.23	.62	.76
F5 Isolamento ($\alpha = .75$)					
4	Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo.	2.36	1.15	.54	.70
13	Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu.	2.16	1.06	.60	.67
18	Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis.	2.63	1.11	.52	.71
25	Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso.	2.08	1.05	.52	.71
F6 Sobreidentificação ($\alpha = .75$)					
2	Quando me sinto em baixo tendo a ficar-me e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que está errado.	2.13	1.06	.63	.65
6	Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação.	2.26	1.12	.59	.67
20	Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos.	2.22	.95	.55	.70
24	Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância.	2.61	1.13	.43	.76
SELFCS total ($\alpha = .92$)					

Nota. SELFCS = Escala da Autocompaixão

No que diz respeito à amostra clínica, o *total* da SELFCS apresenta uma consistência interna excelente ($\alpha = .92$). A análise dos resultados mostrou que a remoção dos itens não incrementaria a consistência interna de cada subescala da medida (cf. Tabela 4.24.). Especificamente, a subescala *calor* apresentou um alfa de Cronbach de .86, considerado bom. As correlações item-total variam entre .58 e .74. A subescala *condição humana*, constituída por quatro itens, apresenta um α de .79. As correlações item-total são adequadas, variando entre .57 e .62. Para a subescala *mindfulness*, composta por quatro itens, o valor de consistência interna obtido mostrou-se razoável ($\alpha = .70$). As correlações item-total variaram entre .39 e .60. A subescala *autocrítica*, constituída por cinco itens, revelou possuir uma consistência interna boa ($\alpha = .81$). As correlações item-total variam entre .51 e .65. Na subescala *isolamento*, composta por quatro itens, o α obtido foi .75. As correlações item-total são moderadas, variando entre .52 e .60. Finalmente, a subescala *sobreidentificação*, apresentou uma consistência interna razoável ($\alpha = .75$). As correlações item-total são moderadas, sendo a mais baixa a do item 24 ($r = .43$) (cf. Tabela 4.24.).

Em suma, as seis subescalas que compõem a SELFCS apresentam uma consistência interna boa, avaliada através do alfa de Cronbach, em ambas as amostras (não clínica e clínica).

3.4. Fidedignidade teste-reteste

A fidedignidade teste-reteste da medida foi calculada através do coeficiente de correlação de Pearson para cada item da escala e respectivas subescalas. A SELFCS foi de novo administrada a 34 estudantes do ensino superior, após um intervalo de tempo de 4 semanas. Obteve-se um coeficiente de correlação de .78 para o total da medida, o que é sugestivo de uma aceitável estabilidade temporal.

3.5. Validade convergente e divergente

Neste ponto, apresentam-se os resultados dos estudos referentes à validade convergente e validade divergente da SELFCS. Estes dois estudos foram realizados na amostra não clínica ($N = 1128$) e na amostra clínica ($N = 316$). Revela-se importante referir que para facilitar a leitura e compreensão dos resultados, optou-se por apresentar na mesma tabela os coeficientes de alfa de Cronbach das medidas usadas para a amostra não clínica e para a amostra clínica (cf. Tabela 4.25.). As medidas em estudo apresentaram valores de consistência interna que variaram de bons a muito bons (Pestana & Gageiro, 2008). As Tabelas 4.26. e 4.27. apresentam as correlações entre o total e os fatores da SELFCS, o total e os fatores do QGS-28, o total da ECS e o total da OAS, em ambas as amostras.

Tabela 4.25. Valores de alfa de Cronbach das medidas, em ambas as amostras

	Amostra Não Clínica (N = 1128)	Amostra Clínica (N = 361)
Auto-Compaixão (SELFCS Total)	.94	.92
Calor/Compreensão (SELFCS)	.88	.86
<i>Mindfulness</i> (SELFCS)	.77	.70
Condição Humana (SELFCS)	.81	.79
Autocrítica (SELFCS)	.88	.81
Isolamento (SELFCS)	.82	.75
Sobreidentificação (SELFCS)	.81	.75
QGS-28	.95	.95
Sintomas Somáticos (QGS-28)	.86	.84
Ansiedade e Insônia (QGS-28)	.90	.88
Disfunção Social (QGS-28)	.90	.91
Depressão Grave (QGS-28)	.93	.92
Comparação Social (ECS)	.92	.92
Vergonha Externa (OAS)	.95	.94

Nota. SELFCS = Escala da Autocompaixão; QGS-28 = Questionário Geral de Saúde; ECS = Escala de Comparação Social; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros.

Como pode ler-se na Tabela 4.26., as correlações entre o total e os fatores da SELFCS e a comparação social (ECS) são todas significativas e no sentido esperado da associação, correspondendo níveis mais elevados de autocompaixão a níveis mais elevados de comparação social positiva ou favorável. De uma maneira geral, verifica-se uma predominância de correlações moderadas entre o *total* da *autocompaixão* e a *comparação social* ($r = .54$; $p < .01$) e as respetivas dimensões, em especial com a subescala *calor/compreensão* ($r = .50$; $p < .01$). Observou-se a mesma tendência na amostra clínica (cf. Tabela 4.27.) com coeficientes de correlação ligeiramente mais baixos. Destaca-se, uma vez mais nesta amostra, a correlação moderada e significativa entre o *total* da autocompaixão, e a *comparação social* ($r = .52$; $p < .01$) e entre a dimensão *calor/compreensão* e a *comparação social* ($r = .47$; $p < .01$). As dimensões negativas, como esperado, apresentaram correlações negativas baixas a moderadas, estatisticamente significativas, com a *comparação social*, em ambas as amostras. Isto significa que níveis elevados de autocriticismo, de sentimentos de isolamento e desconexão dos outros e de sobreidentificação com a experiência interna (pensamentos e sentimentos negativos) estão associados a índices elevados de comparação social negativa ou desfavorável.

Tabela 4.26. Correlações entre a autocompaixão (SELFCS), a sintomatologia (QGS-28), a comparação social (ECS) e a vergonha externa (OAS) para a amostra não clínica (N = 1128)

	SELFCS						
	Total	Calor	<i>Mindfulness</i>	Condição Humana	Autocrítica	Isolamento	Sobreident.
QGS-28	-.63**	-.47**	-.44**	-.32**	.61**	.58**	.58**
Sintomas Somáticos (QGS-28)	-.46**	-.35**	-.33**	-.22**	.44**	.42**	.43**
Ansiedade Insônia (QGS-28)	-.54**	-.40**	-.38**	-.24**	.53**	.50**	.52**
Disfunção Social (QGS-28)	-.49**	-.34**	-.33**	-.24**	.50**	.45**	.47**
Depressão Grave (QGS-28)	-.63**	-.48**	-.45**	-.37**	.58**	.58**	.54**
ECS	.54**	.50**	.41**	.35**	-.40**	-.42**	-.42**
OAS	-.63**	-.42**	-.40**	-.29**	.60**	.63**	.58**

Nota. ** $p \leq .01$. SELFCS = Escala da Autocompaixão; Sobreident. = subescala Sobreidentificação da Escala de Autocompaixão; QGS-28 = Questionário Geral de Sintomas; ECS = Escala de Comparação Social; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros.

Tabela 4.27. Correlações entre a autocompaixão (SELFCS), a sintomatologia (QGS-28), a comparação social (ECS) e a vergonha externa (OAS) para a amostra clínica (N = 316)

	SELFCS						
	Total	Calor	<i>Mindfulness</i>	Condição Humana	Autocrítica	Isolamento	Sobreident.
QGS-28	-.48**	-.33**	-.39**	-.21**	.45**	.43**	.41**
Sintomas Somáticos (QGS-28)	-.31**	-.21**	-.27**	-.12*	.26**	.30**	.29**
Ansiedade Insónia (QGS-28)	-.35**	-.25**	-.28**	-.09	.35**	.32**	.32**
Disfunção Social (QGS-28)	-.41**	-.25**	-.31**	-.20**	.41**	.34**	.35**
Depressão Grave (QGS-28)	-.51**	-.38**	-.42**	-.27**	.45**	.46**	.38**
ECS	.52**	.47**	.39**	.40**	-.36**	-.42**	-.34**
OAS	-.57**	-.36**	-.37**	-.29**	.53**	.58**	.47**

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. SELFCS = Escala de Autocompaixão; Sobreident. = subescala Sobreidentificação da Escala de Autocompaixão; QGS-28 = Questionário Geral de Sintomas; ECS = Escala de Comparação Social; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros.

Em relação às dimensões de psicopatologia, o total e os fatores da SELFCS correlacionam-se com o total do QGS-28 e com qualquer uma das suas dimensões no sentido esperado da relação. As associações de maior grandeza são entre o total (em particular) e dimensões positivas da SELFCS e o *total* do QGS-28, subescala *depressão grave* e subescala *disfunção social*, em ambas as amostras (cf. Tabelas 4.26. e 4.27.). O mesmo padrão acontece em relação às dimensões negativas, em que as correlações são significativas e negativas, de magnitude alta a moderada com o *total* da QGS-28 e as subescalas *depressão grave* e *disfunção social*. Contudo, os coeficientes de correlação entre estas medidas são mais expressivos na amostra não clínica. Os resultados obtidos sugerem que a autocompaixão e as suas componentes positivas (*calor/compreensão, condição humana e mindfulness*) estão associadas a maior saúde mental e ao bem-estar psicológico. A autocompaixão poderá, de facto, funcionar como um mecanismo regulador protetor de sintomas psicopatológicos, em particular, sintomas depressivos e sintomas que refletem alterações no sistema motivacional e funcionamento social do indivíduo.

No que diz respeito à *vergonha externa*, avaliada pela OAS, as correlações obedecem a um padrão idêntico ao obtido com o *Questionário Geral de Saúde* (QGS-28). Ou seja, as correlações mais elevadas tendem a ocorrer com o total da SELFCS e com as dimensões negativas, em ambas as amostras. Estes resultados sugerem que níveis elevados de autocompaixão correspondem a menos vergonha externa e que menor autocompaixão, traduzida em mais autocrítica, isolamento e sobreidentificação com a experiência interna está mais associada a sentimentos de inferioridade, diferença e imperfeição aos olhos dos outros (vergonha externa). É também curioso constatar que as associações mais expressivas tendem a ocorrer na amostra não clínica. As correlações encontradas de magnitude moderada, neste estudo, mostraram que as medidas medem construtos diferentes (validade divergente).

Em suma, os resultados obtidos nestes estudos mostraram que a existência de competências autocompassivas, traduzidas no estar aberto ao próprio sofrimento, experienciando sentimentos de calor, de cuidado e de compreensão para com o *eu*, numa atitude de observação curiosa e de compreensão não avaliativa em relação aos nossos erros e inadequações, e reconhecer as nossas experiências como parte duma experiência humana comum, estão

relacionadas com índices de comparação social positiva. Estas competências autocompassivas ao estenderem-se também para os outros, perante experiências de fracasso ou inadequação, terão um efeito positivo na comparação positiva com os outros, no sentido de pertença, na aceitação e afiliação e no ser apreciado pelos outros (Gilbert, 2007c; Gilbert, Price & Allan, 1995; Neff, 2003a, 2003b; Neff et al., 2005, 2007a, 2007b). Este facto parece sugerir que uma atitude autocompassiva é importante para a comparação positiva com os outros.

Em relação aos indicadores de psicopatologia, os dados indicam que a autocompaixão diferencia-se e funciona como fator protetor das consequências negativas da existência de sofrimento psicológico/doença mental, em particular da depressão e de sentimentos de vergonha. Por outro lado, a vergonha, pela sua natureza, implica comparações de inferioridade e sentimentos de diferença, estando, por isso, relacionada com o sistema de processamento ameaça-defesa. Surge quando, de alguma forma, pensamos que os outros nos veem de forma inadequada, inferior ou má (Gilbert, 1992b; Kaufman, 1989). Os indivíduos com sentimentos de vergonha, habitualmente associados a autocrítica e autoataque, quando as coisas correm mal sentem raiva, desapontamento, frustração ou mesmo desprezo por si próprios, ao invés de sentirem suporte, bondade, entusiasmo e tolerância, e de reconhecerem que ser-se imperfeito e cometer erros faz parte da experiência humana comum, ou seja, alguma coisa que acontece a todos e não apenas “a mim”. Portanto, uma orientação calorosa, tranquilizadora e positiva dirigida para o *eu* revela-se uma estratégia de regulação emocional útil para lidar com a experiência de vergonha, com o autocrítica, o isolamento, a comparação social negativa e a ruminação (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Gilbert et al., 2004; Gilbert, 2005a, 2005b; Nolen-Hoeksema, 1991). Concluindo, os dados obtidos no seu conjunto apontam para uma validade convergente e divergente satisfatória do instrumento.

3.6. Poder discriminativo da SELFCS

O objetivo neste ponto era estudar o poder discriminativo da SELFCS. Para isso, efetuaram-se comparações por grupo populacional (estudantes universitários, população geral e doentes) no total e nas seis subescalas da autocompaixão. A Tabela 4.28. apresenta as estatísticas descritivas obtidas nos três grupos em comparação. A normalidade das variáveis foi analisada previamente com o recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov, verificando-se que o total e fatores que compõem a medida não seguem uma distribuição normal ($p < .001$ para todos os grupos). De seguida, aplicou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para comparação de medianas, alternativo à ANOVA, e que não obriga a nenhum pressuposto relativo à distribuição dos dados (Pallant, 2010; Maroco, 2010b).

Os resultados obtidos mostraram que o grupo estudantes universitários não difere do grupo população geral no *total* da SELFCS ($U = 90878$, $z = -.483$, $p = .629$), na *condição*

humana ($U = 79383, z = -3.246, p = .000$) e na subescala *isolamento* ($U = 85858, z = -1.689, p = .091$). Diferem nas restantes dimensões, a saber: *calor/compreensão* ($U = 74683, z = -4.367, p = .000$), em que os indivíduos da população geral apresentam valores de mediana mais elevados ($Md = 3$) do que os estudantes universitários ($Md = 2.60$); *mindfulness* ($U = 74820, z = -4.347, p = .000$) em que os indivíduos da população geral apresentam valores de mediana mais elevados ($Md = 3$) do que os estudantes universitários ($Md = 2.75$); *autocrítica* ($U = 72370, z = -4.917, p = .000$) com os indivíduos da população geral a pontuarem também mais alto na mediana ($Md = 3.2$) comparativamente aos estudantes ($Md = 2.8$) e, finalmente, na subescala *sobreidentificação* ($U = 83168.5, z = -2.333, p = .020$) os valores mais elevados na mediana situam-se nos indivíduos da população geral ($Md = 3.5$), em detrimento dos estudantes universitários ($Md = 3$). O grupo clínico difere dos outros dois grupos populacionais quer no total da autocompaixão, quer nas seis dimensões ($p < .001$) (cf. Tabela 4.28.). No sentido de confirmar as diferenças obtidas, efetuou-se o teste paramétrico ANOVA com a opção *post hoc* Bonferroni e obtiveram-se os mesmos resultados que nos testes não paramétricos supracitados.

Tabela 4.28. Médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos, para cada grupo populacional

	Amostra	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mediana	Mínimo	Máximo
SELFCS Total	Estudantes ($N = 928$)	2.92	.70	3.00	1.04	4.88
	População Geral ($N = 200$)	2.93	.70	2.81	1.54	4.54
	Clínica ($N = 316$)	2.32	.61	2.31	1.04	4.58
Calor	Estudantes ($N = 928$)	2.66	.85	2.60	1.00	5.00
	População Geral ($N = 200$)	2.95	.79	3.00	1.00	5.00
	Clínica ($N = 316$)	2.11	.77	2.00	1.00	4.60
Condição Humana	Estudantes ($N = 928$)	2.91	.83	3.00	1.00	5.00
	População Geral ($N = 200$)	3.13	.88	3.00	1.00	5.00
	Clínica ($N = 316$)	2.52	.79	2.50	1.00	5.00
<i>Mindfulness</i>	Estudantes ($N = 928$)	2.80	.76	2.75	1.00	5.00
	População Geral ($N = 200$)	3.08	.73	3.00	1.00	5.00
	Clínica ($N = 316$)	2.39	.72	2.50	1.00	5.00
Autocrítica	Estudantes ($N = 928$)	2.89	.96	2.80	1.00	5.00
	População Geral ($N = 200$)	3.29	1.08	3.20	1.00	5.00
	Clínica ($N = 316$)	3.68	.81	3.80	1.20	5.00
Isolamento	Estudantes ($N = 928$)	2.96	.93	3.00	1.00	5.00
	População Geral ($N = 200$)	3.06	1.03	3.25	1.00	5.00
	Clínica ($N = 316$)	3.69	.83	3.75	1.00	5.00
Sobreidentificação	Estudantes ($N = 928$)	2.97	.95	3.00	1.00	5.00
	População Geral ($N = 200$)	3.09	.91	3.50	1.00	4.75
	Clínica ($N = 316$)	3.69	.81	3.75	1.25	5.00

Nota. SELFCS = Escala da Autocompaixão

Em síntese, pode concluir-se que a escala da autocompaixão apresenta capacidade discriminativa (sensibilidade da medida).

Síntese dos resultados

Este estudo pretendeu validar a versão portuguesa da SELFCS numa amostra alargada da população portuguesa. São apresentados, sinteticamente, os principais resultados obtidos:

i) o estudo da dimensionalidade da escala foi efetuado mediante uma metodologia de Análise Fatorial Confirmatória. Os resultados mostraram o bom ajustamento do modelo testado de seis fatores interrelacionados. Em consequência do bom ajustamento do modelo, os fatores empíricos testados validaram os fatores teóricos propostos (à semelhança do estudo original; Neff, 2003a). A propriedade de consistência e reprodutibilidade da medida calculada, através da fiabilidade compósita, revelou-se muito boa. Os resultados revelaram também que a SELFCS demonstrou validade fatorial (boa fiabilidade individual dos itens). A validade convergente dos fatores mostrou-se adequada e estes apresentaram validade discriminante;

ii) em relação à fidedignidade, a medida em estudo mostrou valores de consistência interna bons nas seis subescalas constituintes. Resultados similares aos obtidos no estudo original da escala (Neff, 2003a);

iii) a medida revelou valores aceitáveis de estabilidade temporal avaliada num período de quatro semanas de intervalo;

iv) o estudo acerca da validade convergente da SELFCS, realizado com uma medida de autorresposta relacionada, mostrou associações significativas e moderadas entre a comparação social (ECS) e o total e respetivas dimensões da autocompaixão (SELFCS) em ambas as amostras. Como esperado, as dimensões negativas correlacionaram-se negativamente com a comparação social, indicando que níveis elevados de autocrítica, isolamento e sobreidentificação com a experiência interna negativa correspondem a comparações sociais positivas mais baixas (ou comparações sociais negativas mais elevadas). Os nossos resultados corroboram a literatura existente acerca deste construto, reforçando o papel determinante da autocompaixão para a ligação e proximidade social e para o funcionamento psicológico adaptativo (Neff, 2003a, 2003b, Neff et al., 2005, 2007; Gilbert, 2009b, 2009d, 2009e; Gilbert & Procter, 2006; Kelly, Zuroff, & Shapira, 2009). Num estudo realizado por Neff, Kirkpatrick e Rude (2007), relativo às capacidades protetoras da autocompaixão face à ansiedade e situações de ameaça social (ao *eu*), os resultados obtidos sugeriram que a existência de uma relação interna (*eu-eu*) amável e calorosa, associada ao reconhecimento do caráter imperfeito da condição humana, diminui o impacto da pressão relacionada com a necessidade permanente de avaliações positivas. Por outro lado, a capacidade de ter uma consciência equilibrada das próprias emoções, em vez de uma atitude ruminativa sobre as mesmas, poderá ajudar a diminuir a intensidade da resposta ansiosa e as preocupações autoavaliativas e heroavaliativas. Por sua vez, Leary e colaboradores (2007) mostraram que os indivíduos mais compassivos aceitam e lidam melhor com aspetos indesejáveis da sua personalidade sem se sentirem mal pelos mesmos (vergonha interna), conseguindo, por isso, avaliar de forma mais realista o seu

desempenho. Isto porque a autocompaixão não se foca em avaliações de desempenho positivas ou negativas, nem na congruência com padrões ideais, nem os desempenhos são vistos como indicadores de valor pessoal (Neff, 2003a; Neff, Hsieh & Dejjitterat, 2005). Na avaliação do seu desempenho, o indivíduo autocompassivo foca-se, sobretudo, em sentimentos de compreensão e de amabilidade para consigo mesmo, assim como no reconhecimento de uma humanidade partilhada. Esta postura aumenta os sentimentos de conexão com os outros e diminui as tendências de autocentração e narcisismo (associadas à autoestima). Por tudo isto, fica claro que autocompaixão constitui uma estratégia de regulação emocional positiva importante para a resiliência psicológica, satisfação com a vida e conexão e aceitação social (Neff, 2003a, 2003b; Neff et al., 2005). A medida apresentou uma boa validade convergente, suportando os dados encontrados no estudo da versão original (Neff, 2003a);

v) os estudos da validade divergente revelaram correlações negativas significativas com outras medidas que avaliam indicadores globais e dimensões específicas de psicopatologia sintomática. Na generalidade, a autocompaixão e respetivas dimensões mostraram associações significativas moderadas a elevadas, no sentido esperado da relação com os diversos indicadores sintomatológicos de psicopatologia. Uma análise mais detalhada da grandeza das associações permitiu destacar alguns padrões específicos de associação entre o *total* da *autocompaixão* e as dimensões (positivas e negativas) e o *total* do *questionário geral de saúde* e as subescalas *depressão grave* e *disfunção social*. Os resultados mostraram, claramente, uma tendência da autocompaixão se associar negativamente mais consistentemente à psicopatologia em geral e à depressão. A grandeza das associações encontradas, bem como o sentido das mesmas, foram idênticos aos encontrados noutros estudos (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Leary et al., 2007; Neff, 2003a, 2003b; Neff et al., 2005, 2007). No que concerne à associação com a vergonha externa, as correlações negativas e estatisticamente significativas mostraram-se mais expressivas com a dimensão negativa (autocriticismo, isolamento e sobreidentificação), em ambas as amostras. Se os indivíduos, perante o seu sofrimento e dificuldades, forem calorosos e empáticos conseguem lidar melhor com sentimentos e pensamentos de desvalorização, inferioridade e inadequação aos olhos dos outros e com emoções negativas defensivas, como a ansiedade, raiva e vergonha. Os nossos resultados sugerem que a autocompaixão constitui um processo protetor da psicopatologia em geral e da experiência de vergonha e autocriticismo. São resultados que vão no sentido da literatura, em que estudos levados a cabo por Neff (2003a, 2003b) revelaram igualmente que a autocompaixão se correlacionou negativa e significativamente com o autocriticismo, ansiedade, ruminação e supressão do pensamento e perfeccionismo neurótico. Outros estudos realizados com amostras clínicas ressaltam a ideia que os indivíduos autocríticos têm marcadas dificuldades com a autocompaixão, reagindo com medo e comportamentos defensivos. É exatamente a incapacidade de gerar imagens compassivas e tranquilizadoras, associada a níveis elevados de autocriticismo, que contribui para a

sintomatologia depressiva (Gilbert & Procter, 2006). Concluindo, a escala da autocompaixão mostrou boa validade divergente;

vi) A SELFCS revelou discriminar bem entre indivíduos de população não clínica e indivíduos com psicopatologia (Eixo I e Eixo II). Uma análise mais detalhada permitiu perceber que o grupo clínico se distingue dos outros dois grupos (estudantes universitários e população geral) no total e nas dimensões da autocompaixão. O grupo dos estudantes universitários não difere da população geral no total da autocompaixão e nas subescalas isolamento e sobreidentificação;

Em suma, a versão portuguesa da SELFCS apresentou boas propriedades psicométricas e constitui-se um instrumento de medida válido e útil na avaliação da autocompaixão.

4. Estudo 3 – A versão portuguesa da Escala de Comportamentos de Submissão (SBS)

A submissão constitui um *output* defensivo básico ligado ao sistema de ameaça-defesa que existe há milhões de anos, fazendo parte do repertório social inato de todos os animais sociais (e.g., primatas). Os comportamentos de submissão não são comportamentos aprendidos, mas sim respostas incondicionais a sinais e estímulos sociais de ameaça. De acordo com a teoria do *Ranking* Social, a submissão involuntária pode ser adaptativa em espécies que competem por recursos, como um mecanismo que “desliga” comportamentos de luta quando a perda é eminente. É, por isso, um comportamento que muitos animais podem desempenhar quando se confrontam com outros poderosos ou dominantes. Nesse contexto, a submissão permitirá ao animal que se encontra numa posição de baixo estatuto permanecer dentro de uma determinada unidade ou grupo social, ao mesmo tempo que o capacita com um estilo de comunicação social, cuja função se centra na redução ou eliminação do dano (lesão) ou ataque. A submissão apresenta a vantagem evolucionária de manter em funcionamento um sistema social centrado numa lógica de hierarquia e dominância, sem a qual a vida social seria difícil e a sobrevivência um risco. Constitui, assim, um marcador para um estado da mente de subordinação que se caracteriza pela manifestação de comportamentos relacionados com o sistema de defesa-ameaça, pressupondo, por isso, vários e diferentes comportamentos defensivos de submissão (e.g., hipervigilância a ataques possíveis, ou a sinais de rejeição ou criticismo (nos humanos), motivação para a fuga, comportamento de não exploração, passividade, assumir posições, claramente, periféricas nos grupos sociais) (Allan & Gilbert, 1997; Henry & Stephens, 1997), que, para surgirem, dependem do contexto social e do indivíduo, já que fazem parte do seu repertório de comportamentos.

A assunção-chave do comportamento submisso é que o indivíduo submisso é inferior aos outros de alguma forma, o que faz com que os outros tenham mais direitos, regalias e vantagens (Gilbert & Allan, 1994). Este sentimento de inferioridade ativa a inibição interna, reduz os comportamentos de exploração e inibe a assertividade (Gilbert, 1992b, 2000c). A

acessibilidade e a rapidez na manifestação (ou expressão) de comportamentos de submissão são, biológica e socialmente, mediadas. Ou seja, o surgir destes comportamentos vai depender do contexto social e grau de ameaça, assim como a sua ocorrência provoca alterações fisiológicas específicas (hormonas de *stress*), que discriminam, objetivamente, os animais dominantes dos animais subordinados, e que são o efeito das mudanças no estatuto e não a causa (Allan & Gilbert, 1997; McGuire & Troisi, 1998). O evitamento e o escape são os comportamentos de submissão mais comuns. Contudo, nem sempre é possível escapar ou criar a distância necessária de proteção, sobretudo, em contextos de vida em grupo. Em situações de conflito, a interação complexa que irá surgir entre a passividade e a fuga vai depender de existirem (ou não) vias de escape. Podem surgir, então, outros comportamentos de submissão, como a concordância involuntária, o apaziguamento, os comportamentos afiliativos (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1992b; Sloman, Price, Gilbert, & Gardner, 1994). No fundo, a submissão reflete-se nos comportamentos de vergonha (e.g., recuar, esconder, fugir se desafiado, evitamento do contacto visual) em que o propósito parece ser a inibição e a redução dos ataques oriundos de outros dominantes (Gilbert, 1998a; Gilbert & Allan, 1994; Gilbert & McGuire, 1998; Keltner & Harker, 1998). Estas formas involuntárias de submissão constituem padrões de comportamento associados à psicopatologia. Como já referido, existe uma série de estudos que mostraram que a maioria dos indivíduos deprimidos, com frequência, adota comportamentos de submissão nas suas relações interpessoais ou torna-se submisso, assim que o estado de humor baixa (Allan & Gilbert, 1997). A depressão está, assim, muito associada à submissão (Gilbert, 2004b), particularmente à passividade submissa, inibição interna e a experiências de derrota (Gilbert, 1992a, 1992b, 1992c; Gilbert, 2007c; Price & Sloman, 1987).

Uma medida amplamente citada e usada na literatura e investigação é a *Submissive Behaviour Scale* (SBS), construída e desenvolvida por Allan e Gilbert (1997), num formato de autorresposta, com 16 itens e que mede, unidimensionalmente, uma série de comportamentos de submissão. Gilbert e Allan (2004) apontam quatro razões para a construção desta medida, separando-a do conceito de assertividade (Arrindell et al., 1988, 1990): a submissão, à luz do modelo evolucionário, envolve uma variedade de comportamentos (e.g., escape, passividade, apaziguamento, concordância), não devendo ser reduzida a dominância baixa ou a comportamentos subassertivos; os comportamentos de submissão parecem estar associados a diversos problemas e dificuldades psicológicas; de acordo com a abordagem evolucionária, os comportamentos de submissão não são só maladaptativos mas cumprem uma função de coesão social e de controlo do comportamento agonístico (Allan & Gilbert, 1997; MacLean, 1990; Price & Sloman, 1987). E, por último, os mesmos autores constataram que os comportamentos de submissão correlacionavam-se moderadamente com alguns comportamentos assertivos, enquanto outros não revelaram qualquer relação com a submissão (Arrindell et al., 1990).

Assim, a partir de comportamentos de submissão identificados por Buss e Craik (1986), os autores originais construíram este instrumento focado, fundamentalmente, no comportamento social. Os itens que compõem a medida refletem, na sua maioria, a submissão involuntária (e.g., “Concordo que estou errado(a) mesmo quando não estou”). As propriedades psicométricas da medida foram analisadas numa amostra de estudantes universitários e numa amostra clínica (Allan & Gilbert, 1997). Para o estudo da validade fatorial da SBS, os autores recorreram à análise em componentes principais com rotação *varimax*, em que estabeleceram como ponte de corte o valor .45 para a inclusão de uma variável na interpretação do fator. Na amostra de estudantes, os autores encontraram uma estrutura de 4 fatores, com *eigenvalues* superiores a 1, que explicavam 52.4% da variância total. Todos os 16 itens apresentaram cargas fatoriais acima do ponto de corte, no entanto, a estrutura fatorial obtida não era fácil de interpretar. A estrutura unifatorial foi testada, contribuindo para a explicação de 28.4% da variância total, em que os dados obtidos apontaram a solução singular como a mais adequada aos dados. O valor de consistência interna obtida para os 16 itens foi de .82. No mesmo estudo, mas numa amostra clínica, a análise de componentes principais revelou, igualmente, uma estrutura de quatro fatores que explicavam 59.5% da variância total. Mais uma vez, a solução unidimensional revelou-se a mais ajustada aos dados, apesar de não produzir um fator forte (Allan & Gilbert, 1997). Também nesta população, o valor de consistência interna obtido foi elevado ($\alpha = .85$). A SBS foi utilizada em diversos estudos (Connor, Troop, Landau, Campbell, & Treasure, 2007; Gilbert & Allan, 1994; Gilbert et al., 1994; Gilbert, Allan & Trent, 1995; O’Connor, Berry, Weiss, & Gilbert, 2002), tendo revelado valores de consistência interna e de fidedignidade teste-reteste satisfatórios (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, Allan, & Trent, 1995) (cf. Capítulo 3).

No que diz respeito à relação entre a submissão e as medidas de psicopatologia (SCL-90-R), os resultados obtidos mostraram que existem associações significativas entre as duas medidas, nas duas amostras em estudo. Os autores conseguiram confirmar que o comportamento de submissão é um potencial fator de vulnerabilidade para a psicopatologia.

Tendo em consideração os estudos levados a cabo com a medida original, constituiu o nosso objetivo, para este último estudo, analisar as propriedades psicométricas da versão portuguesa.

4.1. Método

4.1.1. Amostra

Foi constituída uma amostra de conveniência com sujeitos da população não clínica (estudantes e população geral) e sujeitos com psicopatologia, num total de 895. No período de 2008 e 2009, recolheu-se a amostra, tendo esta contado com a participação voluntária de estudantes do ensino superior da Universidade de Coimbra e de indivíduos da população

geral (recrutados na zona Centro e Sul do País). Foram considerados os mesmos critérios de exclusão dos participantes que nos estudos anteriores. Dos 895, 598 (66.82%) indivíduos pertencem à população não clínica, em que 413 (69.06%) são estudantes de diversas licenciaturas e anos curriculares da Universidade de Coimbra, e os restantes 185 (30.94%) são indivíduos da população geral, trabalhadores de diversas instituições públicas, escolas e empresas da Região Centro e Sul. Ainda nesta amostra ($n = 598$), 153 (25.59%) são indivíduos do género masculino, enquanto 445 (74.41%) são do género feminino, com uma média de idades de 25.33 ($DP = 7.63$) e de anos de escolaridade de 13.85 ($DP = 1.86$). Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos da amostra é solteira ($n = 504$; 84.28%) ou casada ($n = 71$; 11.87%), com alguns divorciados ($n = 11$; 1.84%) e em união de facto ($n = 10$; 1.67%). Por fim, e no que concerne ao nível socioeconómico, a maioria dos indivíduos é estudante ($n = 395$; 66.05%), 13.38% ($n = 80$) pertencem ao nível socioeconómico médio, 12.05% ($n = 72$) ao nível socioeconómico baixo e apenas 8.36% ($n = 50$) pertencem ao nível socioeconómico elevado. As características demográficas da população não clínica são apresentadas na Tabela 4.29.

Tabela 4.29. Características demográficas da amostra não clínica ($N = 598$)

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	25.33	7.63
Anos de Escolaridade	13.85	1.86
	<i>n</i>	%
Género		
Masculino	153	25.59
Feminino	445	74.41
Estado Civil		
Solteiro	504	84.28
Casado	71	11.87
Divorciado	11	1.84
Viúvo	2	.33
União de Facto	10	1.67
Nível Socioeconómico		
Baixo	73	12.05
Médio	80	13.38
Elevado	50	8.36
Estudantes	395	66.05

A amostra clínica foi recolhida na Consulta de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental do Serviço de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira na Covilhã e no Gabinete de Psicologia dos Serviços e Ação Social do Instituto Politécnico de Coimbra, entre junho de 2007 e março de 2010. Previamente à recolha da amostra, foram obtidas as aprovações das Comissões de Ética dos hospitais participantes. Os doentes foram selecionados pelos terapeutas responsáveis (psicólogos clínicos e psiquiatras) e a sua participação foi voluntária. À semelhança dos estudos anteriores, os doentes participantes foram recrutados mediante sinalização prévia efetuada pelos psicoterapeutas e psiquiatras responsáveis. A avaliação e confirmação diagnóstica foram feitas mediante a passagem de entrevistas estruturadas vali-

dadas, nomeadamente, a SCID I, a ADIS-IV, a SCID II e a BPDSI-IV (cf. Capítulo 3, ponto 3). Este grupo clínico, misto, apresentava patologia do Eixo I e do Eixo II, à exceção de doença bipolar, psicótica, dependência ou abuso de substâncias ou défice cognitivo, em que a maioria apresentava perturbações comórbidas (Eixo I e Eixo II) ($N = 215$; 72.39%). A amostra ficou, então, constituída por 297 doentes com uma média de idade de 32.26 ($DP = 11.46$) e de anos de escolaridade de 14.25 ($DP = 3.46$).

Tabela 4.30. Características demográficas da amostra clínica ($N = 297$)

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	32.26	11.46
Anos de Escolaridade	14.25	3.46
	<i>n</i>	%
Género		
Masculino	87	29.29
Feminino	210	70.71
Estado Civil		
Solteiro	154	51.85
Casado	116	39.06
Divorciado	22	7.41
Viúvo	3	1.01
União de Facto	2	.67
Nível Socioeconómico		
Baixo	29	9.76
Médio	201	67.68
Elevado	49	16.50
Estudantes	18	6.06

Pela leitura da Tabela 4.30., 87 (29.29%) sujeitos são do género masculino e 210 (70.71%) são do género feminino. Quanto ao estado civil, predominam os sujeitos solteiros (154; 51.85%), seguidos dos casados (116; 39.06%) e de alguns divorciados (22; 7.41%). No que diz respeito ao nível socioeconómico, 201 sujeitos (67.68%) pertencem ao nível socioeconómico médio, 49 (16.50%) pertencem ao nível socioeconómico elevado, 29 (9.76%) pertencem ao nível socioeconómico baixo e, por fim, 18 (6.06%) dos sujeitos são estudantes. As características demográficas da amostra clínica encontram-se descritas na Tabela 4.30.

4.1.2. Instrumentos de medida

Todos os participantes que participaram nos vários estudos referentes a esta medida completaram uma bateria de instrumentos de autorresposta que incluiu: a) folha inicial relativa aos dados demográficos (idade, género, estado civil, anos de escolaridade, situação profissional); b) SBS, para avaliação dos comportamentos de submissão; c) OAS, para avaliação da vergonha externa; d) FSCRS, para avaliação do autocriticismo; e) ECS, para avaliação da comparação social; f) SELFCS, para avaliação da autocompaixão; g) EADS-42, para avaliação da ansiedade, depressão e *stress*; e h) LOT-R, para avaliação do otimismo/pessimismo. A caracterização das medidas é feita detalhadamente no Capítulo 3, ponto 3.

4.1.3. Procedimentos

4.1.3.1. Procedimento metodológico

Procedeu-se à adaptação da SBS para a Língua Portuguesa após terem sido garantidos os aspetos éticos referentes à autorização para a sua utilização pelo autor da escala original. Os itens foram traduzidos da Língua Inglesa para a Língua Portuguesa por um psicólogo que domina ambas as línguas e especialista no modelo conceptual subjacente à construção da medida. Foi feita também a retroversão e a revisão deste procedimento por um tradutor especializado, de forma a assegurar a equivalência de conteúdo das versões inglesa e portuguesa. A bateria de instrumentos foi administrada pela autora aos participantes, quer da população não clínica, quer da população clínica. No que concerne à amostra clínica, os doentes preencheram os instrumentos em estudo, após terem sido avaliados para confirmação do diagnóstico pela investigadora, conforme descrito no Capítulo 3, em que é explanado em pormenor o procedimento geral do trabalho desta investigação. O preenchimento completo da bateria demorou em média 40 a 45 minutos. Os participantes foram previamente informados dos objetivos e natureza da investigação e do carácter confidencial e anónimo da participação. Foi solicitado o seu consentimento informado, com especial cuidado em relação à amostra clínica (procedimento exigido pela Comissão de Ética de cada hospital participante) (cf. Anexo 1).

4.1.3.2. Especificação do instrumento

A Escala dos Comportamentos de Submissão (SBS; Allan & Gilbert, 1997) é constituída por 16 itens que avaliam o comportamento social submisso. Tem sido uma medida diversas vezes utilizada em vários estudos sobre a comparação social (*ranking*) e sobre a teoria evolucionária (Gilbert & Allan, 1994; Gilbert et al., 1995).

4.1.3.3. Estratégia analítica

Este estudo apresentou um *design* de natureza transversal. No âmbito da análise da dimensionalidade da SBS, optou-se por uma Análise em Componente em Principais, de forma a examinar a composição da escala e as relações entre as variáveis que compõem cada dimensão (Stevens, 1986; Tabachnick & Fidell, 2007). Este procedimento, de cariz exploratório, permite analisar o agrupamento das variáveis em componentes, considerando a variância total disponível, e justifica-se por se tratar de uma metodologia flexível que, no caso de amostras amplas (como a do presente estudo), possibilita o apuramento de dimensões semelhantes ao procedimento da Análise Fatorial Exploratória (Tabachnick & Fidell, 2007). Assim, para a avaliação da estrutura fatorial da medida recorreu-se ao método de componentes principais seguido de rotação *varimax*. Os fatores comuns retidos foram aqueles que

apresentaram um *eigenvalue* superior a 1 (critério de Kaiser⁸), em consonância com o *Scree-Plot* e a percentagem de variância retida. Com o objetivo de avaliar a validade da Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP), utilizou-se o critério da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Costello & Osborne, 2005). Em relação ao teste de Esfericidade de Bartlett, sendo este sensível à dimensão da amostra, exige que as variáveis apresentem distribuição normal multivariada, o que denota a sua sensibilidade à violação deste pressuposto. De seguida, efetuou-se uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) a fim de testar a qualidade de ajustamento do modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas (Maroco, 2010a). A realização desta análise impunha-se pela necessidade de confirmar a estrutura fatorial obtida por recurso a outro método (Kline, 1995; Maroco, 2010a). Para avaliar a qualidade de ajustamento global do modelo, utilizaram-se os seguintes índices: o χ^2/df , o CFI, o TLI e o RMSEA e a p ($\text{rmsea} \leq .05$) (Maroco, 2010a; Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Muller, 2003). Assim, considerou-se que o ajustamento do modelo aos dados era bom para valores de CFI e TLI superiores a .9, para valores de RMSEA inferiores a .05 e χ^2/df entre 1 e 2 (Maroco, 2010). A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens. Com estes indicadores, pretende-se perceber se os parâmetros estimados de forma ótima são interpretáveis do ponto de vista daquilo que se conhece do construto e da relação entre as variáveis. A validade de construto foi analisada através do cálculo da Variância Extraída Média (VEM) como indicador da validade convergente dos fatores (Maroco, 2010a).

A consistência interna do instrumento foi medida através do alfa de Cronbach. Na análise inferencial, optou-se por recorrer a técnicas de estatística univariada não paramétrica para verificação das diferenças em relação à média das variáveis em estudo, nos três grupos populacionais. Realizaram-se também (para confirmação dos resultados) testes paramétricos (ANOVA com teste *post-hoc* de Bonferroni) para analisar as diferenças nos referidos grupos. A validade convergente e a validade divergente foram calculadas através de análises de correlação de Pearson⁹.

Os procedimentos estatísticos para o estudo da Análise Fatorial Confirmatória foram efetuados com o *Software Amos (Analysis of Moment Structures)* (versão 19; SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Para o estudo das estatísticas descritivas e inferenciais, utilizou-se o

⁸ Na interpretação dos resultados obtidos através do teste de KMO utilizou-se o critério convencionalizado por Kaiser (1974). A adequação da amostra a uma análise em componentes principais é inaceitável sempre que o valor do teste KMO é inferior a .50; má entre .50 e .60; média entre .70 e .80; boa entre .80 e .90 e muito boa entre .90 e 1.

⁹ Na avaliação da magnitude das correlações, optou-se pela convenção de Pestana & Gageiro (2003) que sugere que uma associação deverá ser considerada muito baixa sempre que o coeficiente de correlação seja inferior a .20; baixa entre .20 e .39; moderada entre .40 e .69; alta entre .70 e .89 e muito alta entre .90 e 1.0.

Software PASW (*Predictive Analytics Software*) Statistics (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

4.2. Resultados

4.2.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento. Os resultados mostraram que as variáveis não têm uma distribuição normal ($K-S, p \leq .001$) e os valores de *Skewness* e de *Kurtosis* não apresentaram graves enviesamentos (Kline, 1998). De acordo com Kline (1998), valores absolutos de assimetria inferiores a 3 e de achatamento inferiores a 7-10 permitem assumir que a não normalidade da distribuição das variáveis não é problemática. Foram utilizados testes paramétricos pela robustez que apresentam face a violações à normalidade das variáveis (Maroco, 2007, 2010b; Maroco & Bispo, 2003). A análise dos *outliers* foi efetuada com recurso à representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). A análise da presença de valores extremos é controversa em estatística (Hair, Andersen, Tatham, & Black, 1998). Alguns autores defendem a sua eliminação (Maroco, 2010a; Maroco & Bispo, 2003, 2005), outros a transformação das variáveis ou pontuações (Tabachnick & Fidell, 1989, 2007) e outros ainda propõem a manutenção destes valores pelo facto de serem representativos de observações possíveis na população geral, permitindo, assim, a generalização dos resultados (Tabachnick & Fidell, 1989, 2007). Posto isto, optou-se pela manutenção destes valores extremos, não havendo qualquer interferência problemática nas análises efetuadas. Consideraram-se diferenças estatisticamente significativas as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010a).

4.2.1. Estatística descritiva

Para a caracterização da variável em estudo, recorreu-se à utilização de medidas de tendência central (média, mediana), de localização (quartis) e de dispersão (desvio-padrão) e à variação das pontuações (mínimos e máximos). Na Tabela 4.31. são apresentadas as estatísticas descritivas assim como o α de Cronbach da SBS para os três grupos populacionais.

Numa análise mais geral (cf. Tabela 4.31.), observou-se que o total da SBS pontuou entre 0 (mínimo) e 61 pontos (máximo). A média obtida para o total da medida foi de 22.09 ($DP = 10.56$) e a mediana foi de 21, o que sugere que a frequência dos comportamentos de submissão é inferior à média obtida.

Da leitura da Tabela 4.31., pode concluir-se que o valor máximo de pontuação atingido pelos doentes (61) é claramente mais elevado neste grupo do que nos restantes dois grupos, seguido da população geral (56) e por fim dos estudantes (39). A pontuação média obtida para o total da submissão nos indivíduos com psicopatologia é mais elevada ($M =$

27.30; $DP = 11.18$) do que as pontuações médias obtidas pelos indivíduos normais (estudantes e população geral), sendo que o valor médio obtido pelos indivíduos da população geral é mais elevado ($M = 18.49$; $DP = 8.51$) do que o valor médio obtido pelos estudantes ($M = 17.95$; $DP = 7.79$). Os resultados obtidos sugerem, como esperado, que os indivíduos pertencentes à amostra clínica apresentam mais comportamentos de submissão, dado que este padrão automático defensivo de resposta se mostra significativamente associado à psicopatologia (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 2004b; Gilbert & Allan, 1994). O facto dos indivíduos da população geral manifestarem mais comportamentos de submissão do que os estudantes pode dever-se ao contexto social em que estão inseridos e ao seu reportório comportamental. Ou seja, os comportamentos de submissão são comportamentos inatos relacionados com o sistema de ameaça-defesa, surgindo em função do contexto social e do reportório de comportamentos do indivíduo (Allan & Gilbert, 1997; McGuire & Troisi, 1998). Nos três grupos populacionais, a consistência interna, avaliada através do α de Cronbach, revelou-se boa (.81 estudantes; .84 população geral e .90 doentes, respetivamente).

Tabela 4.31. Estatísticas descritivas e o α de Cronbach da SBS para os três grupos populacionais

Amostra	M	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	Percentis			α
						25	50	75	
Estudantes ($N = 413$)	17.95	7.79	18	0	39	13	18	23	.81
População Geral ($N = 185$)	18.49	8.51	18	0	56	13	18	24	.84
Clínica ($N = 297$)	27.30	11.18	27	0	61	19	27	35	.90

4.2.3. Dimensionalidade da escala

4.2.3.1. Análise fatorial exploratória

Para estudar a estrutura fatorial dos itens da SBS, recorreu-se ao método de Análise Fatorial em Componentes Principais, seguido de rotação *Varimax* para melhorar a interpretabilidade da solução fatorial. Antes de se realizar a análise fatorial procedeu-se à avaliação da adequação dos dados, tendo em conta o tamanho da amostra e a força da relação entre as variáveis (ou itens). A recomendação geral em relação à dimensão da amostra é que esta deve ser o mais possível ampla (Pallant, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007). Tabachnick e Fidell (2007) sugerem pelo menos 300 casos para se efetuar uma análise fatorial, enquanto Nunnally (1978) recomenda um rácio de 10 sujeitos para cada item. Estes critérios foram amplamente atingidos ($N = 895$). O segundo critério avaliado foi a força das intercorrelações entre os itens. Tabachnick e Fidell (2007) recomendam coeficientes de correlação superiores a .30 para se proceder ao estudo da dimensionalidade da medida. A análise da matriz de correlações revelou que um número considerável de itens apresentou coeficientes de correlação abaixo de .30, o que poderá colocar em questão a análise fatorial em si (Pallant, 2010). Foram realizadas também duas análises estatísticas, com vista a avaliar a fatoriabilidade dos dados: o teste de esfericidade de Bartlett (Bartlett, 1954) e o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

para medir a adequação da amostragem¹⁰. Os dados obtidos mostraram-se adequados e fatorizáveis. Tendo em conta a informação supracitada, decidiu-se pela realização desta análise estatística.

O estudo da solução obtida forneceu indicação para a retenção de três componentes com *eigenvalues* superiores a 1, que explicaram 54% da variância total. Como pode ler-se na Tabela 4.32., os três componentes explicaram 38.67% (*eigenvalue* = 6.187), 8.82% (*eigenvalue* = 1.411) e 6.38% (*eigenvalue* = 1.021), respetivamente. Os dados obtidos permitiram ainda verificar que todos os itens apresentaram saturações fatoriais na primeira componente mais elevados e saturações fatoriais mais reduzidas nas duas restantes componentes, à exceção do item 12 (cf. Tabela 4.32.), o que sugere que as duas últimas componentes mostraram pouca variância explicada e poucos itens a saturar. Além disso, os itens revelaram um comportamento inverso, isto é, uns a saturarem de forma positiva e outros de forma negativa. Com base nestes resultados, e considerando também que esta solução não nos pareceu interpretável do ponto de vista teórico, não parece razoável defender mais de um componente ou fator. Finalmente, foi tido em conta o resultado do teste *scree plot*, uma vez que, e de acordo com Stevens (1992), numa amostra com mais de 200 sujeitos, este teste fornece um critério bastante fidedigno para a seleção do número de fatores. Catell (1966) recomenda que o ponto de corte para a seleção e extração de fatores deverá corresponder ao ponto de inflexão da curva, sendo que a análise do *scree plot* obtida sugeriu a existência de uma estrutura unifatorial.

Em função dos dados obtidos, parece, então, que uma solução singular ou unifatorial se revela a melhor descrição para a medida. Resultados muito semelhantes aos obtidos pelos autores originais (Allan & Gilbert, 1997).

Tabela 4.32. Variância explicada pelos componentes

Componentes	Total	% da Variância	Cumulativa %
1	6.187	38.670	38.670
2	1.411	8.821	47.491
3	1.021	6.384	53.875

Conduziu-se, então, uma ACP forçada a uma componente. A solução encontrada apresentou bons indicadores de adequação da matriz [Kaiser-Meyer-Olkin: KMO = .917; e índice de esfericidade de Bartlett, $\chi^2(120) = 5110.556$; $p < .001$, e todos os itens revelaram communalidades que variaram de .172 a .517, e saturações fatoriais adequadas (entre .415 e .719) (cf. Tabela 4.33.), permitindo explicar 38.67% da variância, correspondente a um *eigenvalue* de 6.187.

¹⁰ O teste de esfericidade de Bartlett deve ser significativo ($p < .05$) e o valor do índice de KMO varia de 0 a 1, com .60 como o valor mínimo para uma análise fatorial adequada (Tabachnick & Fidell, 2007).

Tabela 4.33. Saturações fatoriais e comunalidades para os itens da SBS

Item	Saturação Fatorial (λ)	Comunalidade (h^2)
1 Concordo que estou errado(a) mesmo quando não estou.	.57	.33
2 Faço coisas porque os outros as estão a fazer, e não porque eu as quero fazer.	.66	.44
3 Se eu soubesse que numa loja me tinham dado troco a menos sairia sem reclamar.	.42	.17
4 Deixo que os outros me critiquem ou me humilhem sem me defender.	.71	.51
5 Faço o que os outros esperam de mim mesmo que não o queira fazer.	.69	.48
6 Se eu tentar dizer alguma coisa e os outros não pararem de falar eu calo-me.	.61	.38
7 Insisto em pedir desculpas por pequenos erros.	.59	.35
8 Fico calado(a) se algum dos meus superiores disser coisas desagradáveis sobre mim.	.69	.47
9 Não sou capaz de dizer aos meus amigos que estou zangado(a) com eles.	.61	.37
10 Durante reuniões e encontros deixo que os outros monopolizem a conversa.	.72	.52
11 Não gosto que as pessoas olhem diretamente para mim quando estão a falar.	.63	.39
12 Agradeço insistentemente quando alguém me faz um pequeno favor.	.52	.27
13 Evito o contacto visual.	.66	.43
14 Evito iniciar conversas em encontros sociais.	.67	.45
15 Coro quando outras pessoas olham fixamente para mim.	.57	.33
16 Finjo que estou doente quando recuso um convite.	.55	.30

4.2.3.2. Análise fatorial confirmatória

No seguimento da análise anterior, testou-se o modelo unidimensional da Escala de Comportamentos de Submissão proposto por Allan & Gilbert (1997), através de uma Análise Fatorial Confirmatória. Pretendeu-se avaliar se o modelo constitui uma representação simples mas adequada do fenómeno em estudo, e se se ajusta adequadamente aos dados recolhidos (Kline, 1998; Maroco, 2010a). O método de estimação do modelo utilizado foi o Método de Máxima Verosimilhança¹¹ (ML; *Maximum Likelihood*), tendo sido testada a validade do pressuposto exigido da normalidade multivariada das variáveis manifestas. Usaram-se as medidas de forma da distribuição (assimetria e curtose) para avaliar a plausibilidade da assunção da distribuição normal das variáveis. Todos os itens mostraram valores de assimetria e de curtose univariada e multivariada aceitáveis, de acordo com os parâmetros recomendados por Finney e DiStefano (2006). O modelo unifatorial da submissão possui 1 fator e 16 variáveis observadas, tal como se pode observar na especificação pictográfica (cf. Figura 4.3.).

O modelo ajustado a uma amostra de 895 indivíduos revelou uma boa qualidade de ajustamento ($\chi^2/\text{df} = 3.5$; TLI = .94; CFI = .95; RMSEA = .054; $p[\text{rmsea} < .05] < .001$). Na avaliação da qualidade do modelo, usou-se o Teste do χ^2 de Ajustamento, apesar da sua sensibilidade a diversos fatores, em particular, ao tamanho da amostra, o que aumenta a probabilidade de erros de tipo I (rejeitar a hipótese de que o modelo se ajusta bem aos dados, quando de facto o ajustamento é bom) e erros de tipo II (não rejeitar a hipótese de que o modelo se ajusta bem aos dados, quando o ajustamento é mau) (Maroco, 2010a). O valor obtido nesta análise é considerado aceitável (valores de $\chi^2/\text{df} > 2$ e < 5), de acordo com os

¹¹ Método de Máxima Verosimilhança (ML), avaliado apenas quando as variáveis manifestas apresentam uma distribuição normal multivariada. De uma forma geral, o método ML é robusto à violação do pressuposto de normalidade se a assimetria e achatamento das variáveis manifestas não forem muito grandes (Maroco, 2010a, pp.38).

valores de referência (Arbuckle, 2008, pp.589 citado por Maroco, 2010a; Tabachnick, & Fidell, 2007). Quanto aos índices relativos (CFI e TLI) e índices de discrepância populacional (RMSEA), que avaliam igualmente a qualidade do modelo, os valores obtidos confirmam o bom ajustamento do modelo (Maroco, 2010a). Os índices de ajustamento global do modelo estão descritos na Tabela 4.34.

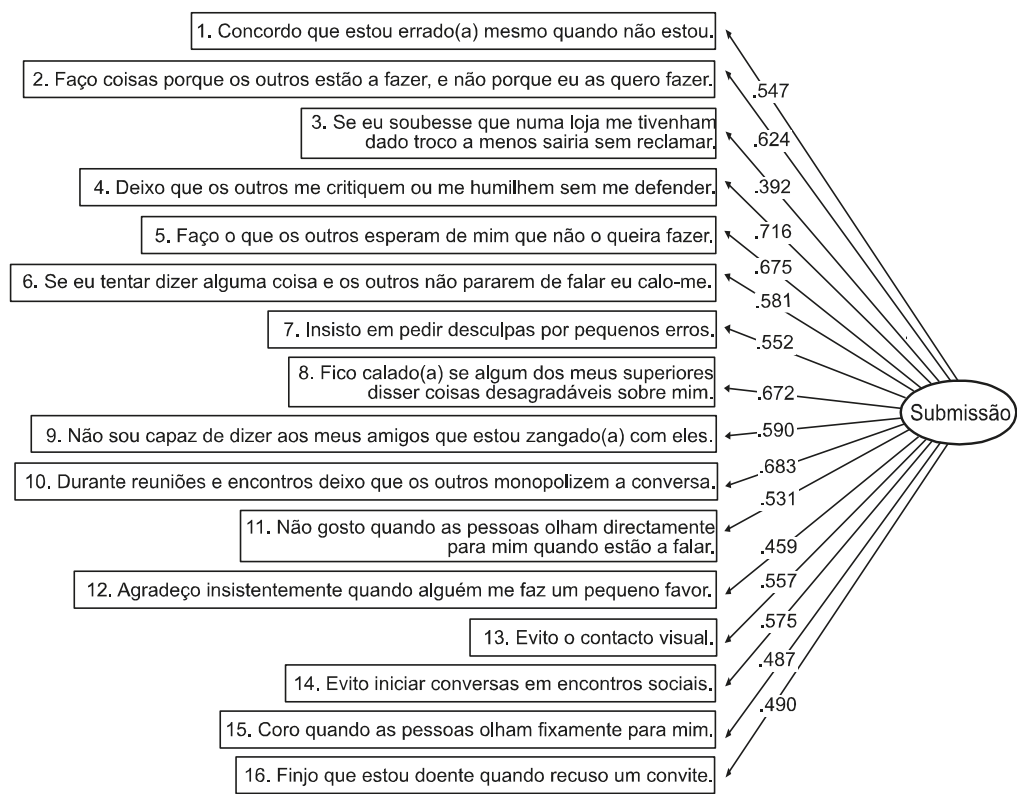


Figura 4.3. Especificação pictográfica do modelo estimado para a SBS de 1 fator

Tabela 4.34. Indicadores absolutos e relativos do ajustamento global	
Qui-Quadrado	3.50
Sig.	.000
CFI	.953
TLI	.940
RMSEA (Raiz quadrada média do erro de aproximação)	.054

Analisando a fiabilidade do modelo através da Fiabilidade Compósita¹² (FC), verificou-se que o valor obtido é FC_{Sub} = .94. A validade fatorial (fiabilidade individual¹³) também

¹² A fiabilidade de uma medida refere-se à propriedade de consistência e reprodutibilidade dessa medida. A Fiabilidade Compósita (FC) estima a consistência interna dos itens reflexivos do fator ou construto, indicando o grau em que esses itens são manifestações do fator latente. Valores de FC_j > .7 indicam uma fiabilidade de construto apropriada (Maroco, 2010a).

¹³ A fiabilidade individual de uma variável manifesta é estimada pela fracção da variância dessa variável que é explicada pelo fator latente (R^2 da regressão linear). Valores de R^2 inferiores a .25 ($\lambda_{ij} < .5$) indicam

se revelou apropriada, visto que praticamente todos os itens têm pesos estandardizados $> .5$ e os pesos ao quadrado $> .25$ (os itens 3 e 12 apresentam pesos próximos do adequado). A validade convergente¹⁴, analisada em termos da variância extraída média (VEM) $VEM_{Sub} = .44$, mostrou-se também adequada.

Tabela 4.35. Fatores e saturações fatoriais dos respectivos itens

Itens	Saturação Fatorial	R^2
SBS 1	.55	.30
SBS 2	.62	.39
SBS 3	.39	.15
SBS 4	.72	.51
SBS 5	.68	.46
SBS 6	.58	.34
SBS 7	.55	.31
SBS 8	.67	.45
SBS 9	.59	.35
SBS 10	.68	.47
SBS 11	.53	.28
SBS 12	.46	.21
SBS 13	.56	.31
SBS 14	.58	.33
SBS 15	.49	.24
SBS 16	.49	.24

Nota. SBS = Escala dos Comportamentos de Submissão

Em síntese, e tendo em conta a análise dos níveis de ajustamento global (cf. Tabela 4.34.) e local (cf. Tabela 4.35.), podemos concluir que o modelo testado é adequado.

4.3. Estudo das propriedades dos itens e consistência interna da SBS

Nas Tabelas 4.36. e 4.37. são apresentadas, para ambas as amostras, as propriedades dos itens, sendo descrito para o total da medida os itens que o constituem, a média e o desvio-padrão desse mesmo item, bem como a correlação corrigida entre o item e o total. É apresentado também o α de Cronbach do total se o item em causa fosse removido.

Na amostra não clínica (cf. Tabela 4.36.), a análise da qualidade dos itens revelou a existência de correlações item-total superiores a $.32^{15}$, o que nos indica não ser necessário excluir nenhum item (Nunnally, 1978; Tabachnick, & Fidell, 2007). A leitura do indicador de alfa de Cronbach, caso o item seja retirado, revela que a exclusão de qualquer item não incrementa o valor do indicador de consistência interna (cf. Tabela 4.36). Por sua vez, na amostra clínica, as correlações item-total mostraram-se superiores a $.35$, não sendo também necessário excluir nenhum item. Nenhum dos itens faria incrementar a consistência interna se fosse removido (cf. Tabela 4.37.).

problemas de ajustamento local com a variável (Kline, 2011; Maroco, 2010a).

¹⁴ A validade convergente ocorre quando os itens de um fator saturam fortemente nesse fator. A Variância Extraída Média (VEM) é um indicador da validade convergente dos fatores. Valores de $VE_j \geq .5$ indicam uma validade convergente adequada (Hair et al., 1998).

¹⁵ Valores de correlação item-total abaixo de $.30$ indicam que o item mede algo diferente da escala como um todo, sendo pertinente considerar a sua remoção (Pallant, 2010).

Tabela 4.36. Valores médios, de desvio-padrão, correlações item-total e alfa de Cronbach se o item for excluído, na amostra não clínica (N = 598) para a SBS.

Item	M	DP	r	α
1 Concordo que estou errado(a) mesmo quando não estou.	1.12	.95	.54	.89
2 Faço coisas porque os outros as estão a fazer, e não porque eu as quero fazer.	1.17	.90	.59	.89
3 Se eu soubesse que numa loja me tinham dado troco a menos sairia sem reclamar.	.88	.99	.32	.90
4 Deixo que os outros me critiquem ou me humilhem sem me defender.	.90	.97	.67	.89
5 Faço o que os outros esperam de mim mesmo que não o queira fazer.	1.40	1.04	.62	.89
6 Se eu tentar dizer alguma coisa e os outros não pararem de falar eu calo-me.	1.99	1.14	.56	.89
7 Insisto em pedir desculpas por pequenos erros.	2.15	1.15	.57	.89
8 Fico calado(a) se algum dos meus superiores disser coisas desagradáveis sobre mim.	1.89	1.18	.63	.89
9 Não sou capaz de dizer aos meus amigos que estou zangado(a) com eles.	1.67	1.15	.52	.89
10 Durante reuniões e encontros deixo que os outros monopolizem a conversa.	1.84	1.12	.67	.89
11 Não gosto que as pessoas olhem diretamente para mim quando estão a falar.	1.31	1.25	.57	.89
12 Agradeço insistentemente quando alguém me faz um pequeno favor.	2.20	1.13	.46	.89
13 Evito o contacto visual.	1.28	1.18	.62	.89
14 Evito iniciar conversas em encontros sociais.	1.49	1.17	.63	.89
15 Coro quando outras pessoas olham fixamente para mim.	1.64	1.19	.52	.89
16 Finjo que estou doente quando recuso um convite.	1.05	1.05	.47	.89

Tabela 4.37. Valores médios, de desvio-padrão, correlações item-total e alfa de Cronbach se o item for excluído, na amostra clínica (N = 296) para a SBS.

Item	M	DP	r	α
1 Concordo que estou errado(a) mesmo quando não estou.	.91	.98	.39	.84
2 Faço coisas porque os outros as estão a fazer, e não porque eu as quero fazer.	.85	.82	.54	.83
3 Se eu soubesse que numa loja me tinham dado troco a menos sairia sem reclamar.	.50	.81	.35	.84
4 Deixo que os outros me critiquem ou me humilhem sem me defender.	.46	.74	.46	.84
5 Faço o que os outros esperam de mim mesmo que não o queira fazer.	.94	.92	.55	.83
6 Se eu tentar dizer alguma coisa e os outros não pararem de falar eu calo-me.	1.76	1.08	.47	.84
7 Insisto em pedir desculpas por pequenos erros.	1.83	1.02	.37	.84
8 Fico calado(a) se algum dos meus superiores disser coisas desagradáveis sobre mim.	1.46	.98	.51	.83
9 Não sou capaz de dizer aos meus amigos que estou zangado(a) com eles.	1.23	.95	.47	.84
10 Durante reuniões e encontros deixo que os outros monopolizem a conversa.	1.55	.99	.60	.83
11 Não gosto que as pessoas olhem diretamente para mim quando estão a falar.	.84	1.05	.45	.84
12 Agradeço insistentemente quando alguém me faz um pequeno favor.	1.87	1.11	.41	.84
13 Evito o contacto visual.	.79	.92	.44	.84
14 Evito iniciar conversas em encontros sociais.	1.28	1.08	.55	.83
15 Coro quando outras pessoas olham fixamente para mim.	1.33	1.11	.46	.84
16 Finjo que estou doente quando recuso um convite.	.72	.79	.42	.84

Em síntese, a SBS apresentou uma boa consistência interna, com um valor de .90 na amostra de normais e de .85 na amostra clínica, avaliada através do α de Cronbach¹⁶. Os valores de alfa de Cronbach da versão portuguesa mostraram-se mais robustos do que os valores obtidos pelos autores originais (amostra de estudantes $\alpha = .82$; amostra clínica $\alpha = .85$) (Allan & Gilbert, 1997).

¹⁶ Idealmente o valor do coeficiente α de Cronbach deve ser acima de .70 (DeVellis, 2003). O valor de α é muito sensível ao número de itens de uma escala. Contudo, valores acima de .80 são preferíveis e traduzem uma boa consistência interna da medida (Pestana & Gageiro, 2008; Pallant, 2010; Tabachnick, & Fidell, 2007).

4.4. Validade convergente e divergente

A validade convergente da SBS foi calculada através das suas correlações com vários construtos psicopatológicos, a saber: as subescalas *ansiedade*, *depressão* e *stress*, avaliadas pela EADS-42, com o *total* da escala da vergonha externa (OAS) e com as subescalas *eu inadequado* e *eu detestado* da escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS). Foram utilizadas estas medidas de autorresposta por permitirem obter *scores* de dimensões importantes da psicopatologia sintomática (*ansiedade*, *depressão* e *stress*) ou relacionadas com a psicopatologia (*vergonha* e *autocriticismo*). Este conjunto de indicadores permitirá avaliar as associações específicas entre a submissão e certas dimensões psicopatológicas.

Por sua vez, para calcular a validade divergente, efetuaram-se correlações com as seguintes medidas de autorresposta: Escala da Autocompaixão (SELFCS), subescala *eu tranquilizador* da escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS), Escala de Comparação Social (ECS) e Questionário de Orientação de Vida Revisto (LOT-R). Pretendeu-se analisar a relação entre submissão e construtos psicológicos positivos relacionados com a saúde psicológica e bem-estar.

Tabela 4.38. Valores de alfa de Cronbach das medidas, em ambas as amostras

	Amostra Estudantes (n = 125)	Amostra Clínica (N = 297)
Depressão (EADS-42)	.94	.98
Ansiedade (EADS-42)	.90	.93
Stress (EADS-42)	.92	.96
Vergonha Externa (OAS)	.94	.94
Eu Inadequado (FSCRS)	.91	.90
Eu Detestado (FSCRS)	.76	.89
Eu Tranquilizador (FSCRS)	.91	.90
Autocompaixão (SELFCS)	.93	.92
Comparação Social (ECS)	.89	.92

Nota. EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização; SELFCS = Escala da Autocompaixão; ECS = Escala da Comparação Social.

Os estudos destas validades foram realizados na amostra não clínica (estudantes do ensino superior) e na amostra clínica. Para facilitar a compreensão e análise dos resultados, a Tabela 4.38. apresenta os coeficientes de correlação para a amostra de estudantes universitários e para a amostra clínica, o que permitirá a comparação da grandeza das associações entre as variáveis em ambas as amostras. No que concerne à amostra não clínica ($N = 598$), dos 413 estudantes do ensino superior da Universidade de Coimbra, apenas 125 participaram nos estudos da validade convergente e divergente da medida em análise. Utilizaram-se matrizes de correlação de Pearson nos estudos das referidas validades. Por fim, foram calculados os coeficientes de alfa de Cronbach das medidas usadas, nas duas amostras (cf. Tabela 4.38).

A Tabela 4.39. apresenta a matriz de correlações de Pearson com o objetivo de analisar a validade convergente e divergente em ambas as amostras. Como esperado, os comportamentos de submissão mostraram-se positiva e significativamente associados com os sintomas

depressivos, ansiosos e de *stress*. De uma forma geral, a magnitude das correlações é baixa em ambas as amostras, apesar dos valores obtidos serem ligeiramente mais elevados na amostra clínica. Similarmente, as correlações entre o total da submissão, o total da vergonha externa (OAS) e as subescalas negativas do autocrítico (eu inadequado e eu detestado; FSCRS) foram todas significativas, na direção esperada da associação, em que níveis mais elevados de submissão correspondem a mais vergonha externa e autocrítico. Mais especificamente, a submissão destaca-se pela grandeza das correlações com o total da OAS ($r = .51$; $p < .01$ e $r = .63$; $p < .01$) e com a subescala *eu detestado* da FSCRS ($r = .46$; $p < .01$ e $r = .52$; $p < .01$), em ambas as amostras. Os coeficientes de correlação assumem, em geral, valores mais expressivos na amostra clínica.

Tabela 4.39. Correlações entre as medidas do estudo da validade convergente e divergente, em ambas as amostras

Variáveis	SBS	
	Amostra Estudantes ($n = 125$)	Amostra Clínica ($N = 297$)
Depressão (EADS-42)	.36**	.39**
Ansiedade (EADS-42)	.34**	.33**
Stress (EADS-42)	.24**	.29**
Eu Inadequado (FSCRS)	.45**	.45**
Eu Detestado (FSCRS)	.46**	.52**
Vergonha Externa (OAS)	.51**	.63**
LOT-R Total	-.31**	-.44**
SELFCS Total	-.43**	-.40**
Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.45**	-.45**
ECS	-.45**	-.53**

Nota. ** $p \leq .01$. SBS = Escala de Comportamentos de Submissão; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; FSCRS = Escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização; OAS = Escala de Vergonha Provocada pelos Outros; LOT-R Total = Questionário de Orientação de Vida Revisto (total); SELFCS Total = Escala da Autocompaixão (total); ECS = Escala da Comparação Social.

Estes resultados corroboram o que é apontado na literatura, evidenciando a relação significativa dos comportamentos defensivos de submissão com os índices de psicopatologia (Allan & Gilbert, 1997; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011; Gilbert, 2000d; Gilbert & Allan, 1994, 1998; Gilbert et al., 2002; Pinto-Gouveia et al., 2011), com a experiência de vergonha (Gilbert, 1998e, 1998f; 1992b; Gilbert et al., 2002; Pinto-Gouveia et al., 2011) e com o autocrítico (Gilbert, 2004b, 2004f, 2005b; Gilbert & Miles, 2000; Pinto-Gouveia et al., 2011). A teoria do *ranking* social sugere que a manifestação de comportamentos de submissão está centrada em torno do desejo de ganhar e do medo de perder a atratividade na mente dos outros. A sua finalidade parece ser, à semelhança do padrão de comportamentos de vergonha, a inibição e a redução de ataques reais e/ou potenciais (Gilbert, 2002c, 2002d; Gilbert & Andrews, 1998). É por isso que a posição de inferioridade indesejada se mostra, indiscutivelmente, ligada à submissão, à vergonha e à psicopatologia (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1998f, 2007c). Assim, e neste sentido, os resultados obtidos realçaram a relação importante e conhecida entre a submissão, o autocrítico, a vergonha e a psicopatologia (ansiedade, depressão e *stress*).

No que diz respeito à validade divergente, e da leitura da Tabela 4.39, pode concluir-se que as correlações obtidas são, estatisticamente, significativas e no sentido esperado da relação. A correlação entre o total da pontuação na SBS e o total da comparação social é negativa e moderada em ambas as amostras, em especial, na amostra clínica. Na amostra não clínica (estudantes), as associações entre o total da pontuação na SBS e o total da pontuação na autocompaixão e a subescala *eu tranquilizador* (FSCRS) são mais expressivas do que na amostra clínica. Finalmente, o total da SBS apresentou uma associação negativa mais elevada com o total do LOT-R na amostra clínica. Globalmente, os dados obtidos, nas duas amostras, suportam a ideia que a submissão está associada a uma perceção relativa de baixo estatuto (*rank*) e inferioridade (comparação social negativa). Quer a submissão quer a comparação social, à luz da teoria do *ranking* social, têm uma função adaptativa na formação de hierarquias de dominância e na coesão grupal. As hierarquias sociais humanas são mediadas pela capacidade de se ser atraente aos olhos dos outros (Allan & Gilbert, 1995; Gilbert, 1997b; Gilbert & Allan, 1994; Sloman et al., 1994), sendo que o medo de perder o poder de atrair e de ser visto como não atraente e inferior (estatuto social) é o responsável pela ativação de comportamentos sociais primitivos de defesa (e.g., submissão). Por constituir uma estratégia evolucionária de defesa social, com um curso filogenético e com efeitos fisiológicos específicos, a sua relação com a autocompaixão e otimismo é, naturalmente, negativa. Isto significa que os indivíduos com comportamentos submissos não conseguem aceder ao sistema de *soothing* e de autocompaixão e são, por isso, incapazes de se focarem nos aspetos positivos e de terem sentimentos de calor, cuidado e afiliação pelo *eu*, assim como são mais pessimistas. Estes indivíduos apresentam, consequentemente, dificuldades no funcionamento adaptativo e piores índices de bem-estar. Pode concluir-se que os resultados obtidos refletem a existência de uma validade divergente satisfatória da medida em estudo.

4.5. Poder discriminativo da SBS

Neste ponto, efetuaram-se comparações por grupo populacional (estudantes, população geral e doentes) para o total da medida.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para testar a normalidade da variável em estudo, tendo-se verificado que esta não segue uma distribuição normal ($p < .001$). Assim, pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis, constataram-se diferenças estatísticas entre os grupos relativamente à mediana do total da SBS ($p < .001$) (cf. Tabela 4.31.). De seguida, aplicou-se o teste de Mann-Whitney que mostrou não existirem diferenças entre o grupo de indivíduos da população geral e o grupo de estudantes ($p = .77$). Contudo, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre cada um destes grupos e o grupo de doentes ($p < .001$), como esperado. Os resultados obtidos sugerem que o instrumento em estudo apresenta boa capacidade discriminativa.

Síntese dos resultados

Este estudo teve como objetivo contribuir para o estudo das características psicométricas da versão portuguesa da SBS (Allan & Gilbert, 1997). Destacam-se os principais resultados obtidos, a saber:

i) o estudo da dimensionalidade foi efetuado através da Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória. A Análise Fatorial Exploratória (em componentes principais com rotação *varimax*) revelou que a SBS possui uma estrutura unifatorial, resultado igual à versão original (Allan & Gilbert, 1997). A Análise Fatorial Confirmatória revelou um modelo com boa qualidade de ajustamento. Os indicadores de ajustamento local do modelo testado foram adequados para as 16 variáveis que entraram na análise, revelando todas saturações significativas e de valor apropriado na marcação do respetivo e único fator. O comportamento submisso é, usualmente, medido como um conjunto unitário de comportamentos e não de acordo com os vários componentes comportamentais. Pelo facto da submissão constituir uma estratégia de defesa complexa, seria interessante explorar a forma como os diferentes comportamentos de submissão se relacionam com os diversos contextos sociais (e.g., no seio familiar, desconhecidos ou outros contextos sociais) e, conseqüentemente, explorar as suas implicações para a psicopatologia. Para esse efeito será necessário reformular a medida, destacando padrões de comportamento de submissão mais frequentes (Allan & Gilbert, 1997);

ii) a medida mostrou possuir valores de consistência interna bons, quer na amostra não clínica, quer na amostra clínica. Resultados mais expressivos do que os obtidos no estudo original da escala (Allan & Gilbert, 1997);

iii) os estudos da validade convergente da SBS mostraram associações significativas com os indicadores de psicopatologia (depressão, ansiedade e *stress*) e outros construtos relacionados, como a vergonha (OAS) e o autocriticismo (FSCRS). As correlações obtidas assumiram valores mais expressivos na amostra clínica, comparativamente com a população não clínica. É consensual na literatura que os comportamentos de submissão emergiram com o aparecimento dos animais sociais, que são padrões de resposta com mediadores biológicos complexos e que envolvem uma variedade de comportamentos (e.g., inibição do comportamento social, evitamento, desejo de escape, passividade). São as formas involuntárias de submissão (recuar quando não desejado), sentimentos de inibição em situações de conflito, concordância automática com os outros, evitamento e passividade face a desafios sociais, que se mostram associados a vários estados psicopatológicos, nomeadamente, a depressão (Allan & Gilbert, 1997, 2005; Gilbert, 1992a, 1992b, 1992c; Pinto-Gouveia et al., 2011; Pinto-Gouveia, Matos, Castilho, & Xavier, 2012; Sloman et al., 1994), a ansiedade social e ideação paranoide (Gilbert, 2000b; Gilbert, Boxall, Cheung & Irons, 2005; Pinto-Gouveia et al., 2011; Pinto-Gouveia et al., 2012). A relação encontrada entre a submissão e os construtos de vergonha externa e autocriticismo confirma os dados existentes na literatura, que subli-

nam que os indivíduos que acreditam existir na mente dos outros de forma defeituosa, inadequada e imperfeita de alguma forma e que se autocriticam apresentam mais comportamentos de submissão (Birtchnell, 2000; Gilbert, 1997b, 2003a, 2007a, 2007c; Gilbert et al., 1996; Gilbert & McGuire, 1998; Tangney & Dearing, 2002). Os sentimentos de inferioridade e de fragilidade, quando existem, ativam a inibição interna, a ansiedade social, reduzem o comportamento de exploração e inibem a assertividade. Por sua vez, esta inibição submissa do *eu* contribui para os sentimentos de inferioridade e de *entrapment* e, consequentemente, para a diminuição de comportamentos assertivos, levando, assim, à resposta depressiva (Gilbert, 2000b; Gilbert, 2004b). Pode-se então concluir que a submissão/subordinação se relaciona com a experiência de vergonha, autocriticismo e constitui um fator de vulnerabilidade para problemas interpessoais e de cariz psicopatológico. Os indivíduos submissos (e inclusivê animais subordinados) sofrem de uma série de dificuldades, sendo descritos como tensos, hipervigilantes aos ataques, motivados para a fuga, com comportamentos de não exploração, ocupando posições periféricas dentro dos grupos (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1992b; Sloman et al., 1994). Nos humanos este facto associa-se a determinados problemas psicológicos, como a ausência de confiança nos domínios sociais, medo da rejeição, criticismo e ataques dos outros. Seria interessante explorar as possíveis diferenças na psicopatologia derivadas dos vários comportamentos de submissão involuntária. Os resultados alcançados apontam para uma boa validade convergente e suportam os dados encontrados no estudo da versão original (Allan & Gilbert, 1997);

iv) os estudos da validade divergente revelaram correlações negativas significativas com a comparação social, a autocompaixão e o otimismo, de grandeza mais expressiva na amostra clínica. O comportamento submisso como estratégia básica defensiva está fortemente associado às hierarquias dominância-submissão, cuja função se prende com o lidar com ameaças e desafios sociais (e.g., presença de outros dominantes). Como esperado, os resultados mostraram, claramente, que os indivíduos que manifestam mais comportamentos de submissão apresentam dificuldades na autotranquilização e autocompaixão, i.e., são incapazes de gerar imagens compassivas e de se focarem nos aspetos positivos da sua experiência, sentem-se inferiores e indesejáveis e comparam-se com os outros de forma negativa e têm expectativas de resultados negativos para o futuro (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert & McGuire, 1998; Gilbert, Price, & Allan, 1995; Gilbert & Procter, 2006; Wrosch & Scheier, 2003). Pelo contrário, uma orientação autocompassiva pautada pelo cuidado, bondade, empatia, aceitação e tolerância pelo *eu* em momentos de adversidade e fracasso, associada a comparações positivas com os outros e a expectativas de resultado positivos para o futuro, poderão funcionar como mecanismos protetores da submissão/subordinação involuntária (consequência da perda de estatuto social ou quando é atribuída uma classificação mais baixa do que o desejado ou pretendido) (Gilbert & Irons, 2004, 2005; Gilbert & Procter, 2006). Estes dados apoiam a validade deste instrumento;

v) a SBS revelou boa capacidade discriminativa (sensibilidade) para diferentes grupos populacionais. Os resultados mostraram que os indivíduos da amostra clínica se distinguem dos indivíduos da amostra não clínica (estudantes e população geral), nas pontuações médias obtidas, manifestando mais comportamentos de submissão. Os estudantes não se distinguiram da população geral na frequência dos comportamentos de submissão.

Em conclusão, a versão portuguesa da SBS apresentou boas propriedades psicométricas. Trata-se de um instrumento de autorresposta útil e adequado para avaliar a frequência dos comportamentos de submissão, no estado adulto.

5. Síntese final

Os estudos apresentados neste capítulo procuraram dar um contributo no campo da avaliação do autocrítico, da autocompaixão e da submissão. Foram analisadas as propriedades psicométricas das versões portuguesas dos instrumentos de autorresposta em estudo.

O primeiro estudo reporta-se à tradução e adaptação da Escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização (FSCRS; Gilbert et al., 2004) e da Escala das Funções do Autocrítico e Autoataque (FSCS; Gilbert et al., 2004). Não obstante os bons resultados obtidos sobre as qualidades psicométricas apoiarem empiricamente a utilidade da versão portuguesa da FSCRS, destacamos alguns pontos que consideramos fundamentais.

Dos estudos fatoriais, realizados separadamente para as duas escalas de avaliação do autocrítico (FSCRS e FSCS), a Análise Fatorial em Componentes Principais revelou a existência de três fatores para a FSCRS: *eu inadequado*, *eu detestado* e *eu tranquilizador* (Gilbert et al., 2004) e de dois fatores para a FSCS: *autocorreção* e *autoataque* (Gilbert et al., 2004), o que corrobora o caráter multidimensional do autocrítico. Estes modelos (três fatores para a FSCRS e dois fatores para a FSCS) foram testados através da Análise Fatorial Confirmatória. Para a FSCRS, os resultados obtidos mostraram que o modelo apresentou um elevado grau de ajustamento, confirmando a existência de três dimensões diferentes. Estes dados indicam que o autocrítico não é um processo unitário e que tem diferentes formas. Contudo, no que diz respeito à Escala das Funções do Autocrítico (FSCS), o modelo obtido mostrou-se inaceitável, o que indica que os fatores testados não corroboraram os fatores teóricos propostos (Gilbert et al., 2004). A explicação para este resultado poderá estar relacionada com a construção e desenvolvimento da própria medida, especificamente, na elaboração dos itens que a compõem. Tendo em conta este resultado, optou-se apenas por utilizar nesta investigação a escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização (FSCRS).

Em ambas as amostras, a FSCRS revelou uma consistência muito boa, com valores entre .86 e .90 para a subescala *eu inadequado*, valores entre .72 e .82 para a subescala *eu detestado* e para a subescala *eu tranquilizador* valores entre .87 e .89. Mostrou, igualmente, uma satisfatória estabilidade temporal, para um intervalo de um mês.

Os estudos acerca da validade convergente da FSCRS revelaram associações significativas entre os diversos indicadores de psicopatologia geral e as formas do autocrítico. Destaca-se a grandeza das associações encontradas entre dimensões específicas de psicopatologia, nomeadamente, a depressão, e as formas negativas do autocrítico, com particular destaque para o *eu detestado*. As correlações negativas e significativas obtidas com construtos psicológicos positivos (autocompaixão e otimismo) forneceram evidência para a validade divergente. Os dados obtidos fornecem apoio empírico para a validade da medida.

Finalmente, a FSCRS revelou discriminar bem entre indivíduos da população geral e indivíduos com psicopatologia, o que é demonstrativo da sensibilidade da medida.

Em suma, a FSCRS revela-se um instrumento de autorresposta com potencialidades e adequado para a avaliação do autocrítico.

O segundo estudo diz respeito à tradução e adaptação da Escala da Autocompaixão (SELFCS; Neff, 2003a).

O estudo da dimensionalidade da medida através da AFC revelou um modelo com boa qualidade de ajustamento, o que suporta a validade fatorial da SELFCS. A fiabilidade compósita revelou-se muito boa, assim como a fiabilidade individual dos itens. Os fatores apresentaram uma boa validade convergente e discriminante. A consistência interna do total e dos fatores revelou-se boa.

Os estudos acerca da validade convergente e divergente da SELFCS revelaram que as dimensões da autocompaixão se associam a comparações sociais positivas ou favoráveis, o que sugere o papel importante que esta estratégia de regulação emocional positiva exerce na ligação e conexão social. Mostrou-se, negativamente, associada com indicadores gerais de sintomatologia psicopatológica, em particular, sintomas depressivos e sintomas que refletem alterações no sistema motivacional e funcionamento social do indivíduo e com a experiência de vergonha externa.

Por último, a SELFCS revelou boa capacidade discriminativa para diferentes grupos populacionais. Os indivíduos com psicopatologia destacam-se por apresentarem menos autocompaixão.

Em suma, a versão portuguesa da SELFCS apresentou boas propriedades psicométricas, revelando-se um instrumento de autorresposta adequado e útil na avaliação da autocompaixão, quer no contexto clínico, quer no contexto de investigação.

Por fim, o terceiro estudo pressupôs a tradução e adaptação da Escala de Comportamentos de Submissão (SBS; Allan & Gilbert, 1997). O estudo da dimensionalidade da medida, através da Análise Fatorial Exploratória e Confirmatória, revelou a existência de uma estrutura unidimensional. Este resultado fornece suporte empírico aos resultados obtidos pelos autores da versão original.

A SBS revelou possuir uma consistência interna boa em ambas as amostras, com valo-

res de alfa de Cronbach mais elevados que os obtidos no estudo original (Allan & Gilbert, 1997).

Relativamente à validade convergente e divergente, a SBS mostrou-se associada à psicopatologia e a construtos relacionados (vergonha e autocrítica). De realçar as associações negativas com a comparação social, a autocompaixão e o otimismo. Os resultados obtidos suportam a validade da medida.

No que concerne à sensibilidade da medida, a SBS revelou boa capacidade discriminativa para diferentes grupos populacionais. Os indivíduos com psicopatologia destacam-se por apresentarem mais comportamentos de submissão.

A versão portuguesa da SBS apresentou boas propriedades psicométricas, constituindo um instrumento de autorresposta adequado para avaliar a submissão, quer na prática clínica, quer na investigação.

Em conclusão, as versões portuguesas das medidas estudadas revelaram-se bons instrumentos de autorresposta, de aplicabilidade tanto no contexto clínico, como no contexto de investigação.



Capítulo 5

Origem desenvolvimental das experiências do *Eu*
– Autocriticismo e Autocompaixão: A sua contribuição
para a Psicopatologia e *Ranking Social*

Capítulo 5
Origem desenvolvimental das experiências do *Eu*
– Autocriticismo e Autocompaixão:
A sua contribuição para a Psicopatologia e *Ranking Social*

Neste capítulo, apresentamos um conjunto de estudos cujo principal objetivo é compreender e explorar a origem desenvolvimental do autocriticismo (e.g., abuso na infância) e da autocompaixão na população não clínica. Mais concretamente, focamo-nos na contribuição de determinadas memórias emocionais para a formação do autocriticismo e, por contraste, da autocompaixão. Os estudos exploram a relação entre experiências negativas na infância e as formas do autocriticismo e autotranquilização. O impacto destas memórias emocionais, do autocriticismo e da autocompaixão para o aparecimento e manutenção da psicopatologia é também analisado com recurso a modelos de mediação. Por último, o efeito mediador do autocriticismo e da autocompaixão na relação entre as experiências negativas na infância, a comparação social e os comportamentos de submissão é também analisado.

*“As coisas vulgares que há na vida
Não deixam saudades
Só as lembranças que doem
Ou fazem sorrir
Há gente que fica na história
da história da gente
e outras de quem nem o nome
lembramos ouvir...”*

Fernando [letra], Mariza [interpretação] (2001), faixa 3

1. Introdução

As relações sociais são a fonte das nossas maiores alegrias e das nossas profundas tristezas e decepções (Gilbert, 1989, 2002b; Lyubomirsky, 2001; Safran & Segal, 1990). Nós, os humanos, somos uma espécie altamente social cuja sobrevivência e oportunidades reprodutivas dependem da forma como nos relacionamos intra e interpessoalmente. Possuímos necessidades inatas de pertença, de conexão/ligação, de valorização pelos outros e de participação em relações de partilha (Baumeister & Leary, 1995; Gilbert, 1992b, 2005a). Com efeito, fruto do processo evolutivo, os nossos sistemas integrados de processamento emocional e cognitivo não se desenvolvem sem a mente dos outros a interagir connosco. A tonalidade afetiva das relações sociais surge, assim, da forma como nos relacionamos com os outros (com sucesso ou não), em determinados papéis sociais específicos, e como os outros se relacionam connosco (Birtchnell, 1993). São esses sistemas ou dispositivos psicobiológicos que nos motivam e inspiram para nos aproximarmos dos outros de forma amistosa, afetiva e compassiva ou para nos defendermos, atacarmos, ou até mesmo eliminarmos os outros (Gilbert, 2005b, 2005c). Podemos, assim, viver num mundo de ameaças internas e externas constantes que nos condena ao sofrimento. Mas, não só. Os genes são também uma parte importante desta engrenagem e, conjuntamente com a aprendizagem, co-constroem sistemas fisiológicos complexos e padrões de significação internos que possibilitam a formação de fenótipos específicos. A experiência dá forma ao cérebro (molda-o), de forma a aumentar as infraestruturas biopsicológicas que tornam os diversos estados da mente possíveis (mente crítica *versus* mente compassiva) (Gilbert & Irons, 2005; Schwartz & Begley, 2002). Assim, percebe-se porque é que as relações sociais formam a essência de quem somos, regulando as nossas identidades, valores, sentimentos e estados de humor. As experiências precoces, por constituírem experiências de aprendizagem fundamentais, influenciam a emergência de esquemas *eu-outros* (Baldwin, 1992, 2005; Beck, 1967; Bowlby, 1969, 1973, 1980; Gilbert, 1989, 1993) e de estilos relacionais subsequentes (Mikulincer & Shaver, 2005, 2007) e afetam os processos neurofisiológicos subjacentes à maturação emocional e regulação (Cacioppo, Berston, Sheridan, & McClintock, 2000; Dickerson et al., 2004; Hofer, 1994; Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilance, 1995; Siegel, 2001; Schore, 1994, 2000). A exposição precoce a ameaças, na forma de abuso, negligência e expectativas parentais irrealistas está associada a um aumento de vulnerabilidade para dificuldades psicológicas e interpessoais e pode ser traduzida em formas de autodesvalorização, autocondenação e sentimentos e crenças autocríticas e de autoataque (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert et al., 2004; Schore, 1994). Pelo contrário, experiências de calor, amor e carinho têm sido associadas a boa saúde mental e facilitam o desenvolvimento de capacidades de autoaceitação e *self-soothing* (Cacioppo et al., 2000; Schore, 1994). O autocriticismo e a autotranquilização e autocompaixão são processos associados a *scripts* interpessoais. Ou seja, aprendemos a relacionarmo-nos connosco próprios (num formato autocrítico ou autocompassivo) a partir da forma como os outros se relacionaram con-

nosco (Baldwin, 1992, 1997). Do mesmo modo que as nossas relações com os outros são co-construídas a partir de estratégias inatas amadurecidas através das relações sociais que experimentamos, o mesmo acontece na relação do *eu* com o *eu*. Em parte, isto acontece porque as relações *eu-eu* servem uma importante função de autorregulação e de regulação externa (ajudam-nos a navegar no mundo social e a saber como atuar nele) (Baldwin, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Gilbert, 2005d). Portanto, tal como em relação aos outros, podemos adotar uma orientação de ameaça e de defesa em relação ao próprio *eu* (proteger, evitar, corrigir, submeter, perseguir, erradicar) – autocrítico, ou pelo contrário, de tolerância, compaixão e aceitação (cuidar, dar afeto, tranquilizar) – autocompaixão. O que atua internamente no autocrítico é uma relação de dominância hostil e de subordinação medrosa. Os sistemas de processamento que produzem sinais hostis e que são responsáveis pela adoção de comportamentos de defesa submissa são, repetidamente, executados na relação *eu-eu* (Gilbert, 2000c, 2005d, 2007c). Assim, podemos ser autocríticos e hostis connosco próprios e sentirmo-nos, como consequência, deprimidos e derrotados (Greenberg, Elliot, & Foerster, 1990; Whelton & Greenberg, 2005). Em oposição, o que funciona na autocompaixão é uma relação de calma, tranquilidade e aceitação em relação ao *eu*. O estado e o padrão cerebral da mente compassiva é totalmente diferente, não dominado por padrões automáticos de resposta e, nesse sentido, livre para a exploração e criatividade. A autocompaixão opera através da mentalidade de prestação de cuidados que orienta o *eu* para o alívio e libertação do sofrimento, promovendo o bem-estar emocional, psicológico e social (Gilbert, 2005c, 2005d, 2010a) (cf. Cap. 2). A literatura existente tem mostrado que as experiências negativas na infância (negligência, afeto baixo ou inconsistente, ameaça/rejeição, abuso sexual ou físico) contribuem para uma variedade de sintomas psicopatológicos na idade adulta (Gilbert, 1998c, 2000b; Perris, 1994; Richter, Richter, Eisemann, Seering, & Bartsch, 1994; Rutter et al., 1997). Outros estudos ainda têm apontado para a relação significativa entre o autocrítico, a visão do *eu* como inferior e os comportamentos de submissão (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 2004b, 2005d; Gilbert & Miles, 2000). Em relação às variáveis de *ranking*, comparações sociais de cariz desfavorável (perceção do *eu* como inferior e indesejável em comparação com os outros) e comportamentos de submissão/subordinação involuntária mostram-se correlacionados com a psicopatologia, em particular, com a depressão (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1992a, 1992c; Gilbert et al., 1995; Gilbert, Allan, & Goss, 1996; Gilbert & McGuire, 1998; Sloman et al., 1994).

Seguindo esta linha de pensamento, o presente capítulo procurará apresentar os resultados de estudos que exploram empiricamente algumas das relações acima apontadas. Ou seja, irá centrar-se na exploração de vários tipos de experiências negativas na infância e da sua relação com os sistemas de auto-organização e autoavaliação e ainda da forma como ambos poderão contribuir para a psicopatologia e *ranking* social.

A proposição básica deste capítulo é que, à medida que crescemos, um conjunto de sistemas sociais motivacionais evoluídos entra em ação para facilitar o desempenho de certos tipos de papéis sociais e para ajudar a compreender e pensar sobre a natureza da nossa relação com o *eu* e com os outros. Estes sistemas incluem a procura e a resposta de ligação aos outros (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Cassidy & Shaver, 1999), aos grupos (Baumeister & Leary, 1995) e a preocupação com a posição ou estatuto social relativo (e.g., ser tratado pelos outros como inferior, igual ou superior) (Gilbert, 1992a, 2000a, 2000b) (cf. Cap. 2). Por constituírem padrões psicobiológicos inatos, específicos na emissão e interpretação de sinais sociais, organizam o cérebro em certos padrões (Buss, 2003; Gilbert, 1989) e podem ser influenciados por hormonas específicas e neurotransmissores (Panskeep, 1998). Por outro lado, possuímos também competências cognitivas de nível superior, focadas sobretudo na compreensão da mente do outro e no conhecimento autoconsciente (representação simbólica, teoria da mente e meta-cognição), que dão um cunho de flexibilidade à mente humana, capaz de construir modelos do *eu* e do *eu* em relação aos outros (Byrne, 1995; Gilbert, 2002c, 2002d; Lewis, 2003; Suddendorf & Whitten, 2001; Tracy & Robins, 2004; Wells, 2000).

Em síntese, os sistemas de processamento conscientes e não conscientes monitorizam o *eu* na relação com os outros e influenciam quer o comportamento social, quer a autoavaliação (Baldwin, 2005). A mentalidade de *ranking* social, sendo uma mentalidade de ameaça e poder social, é a que está associada ao autocriticismo. Os indivíduos que não são capazes de internalizar um sentido de tolerância, afeto e calor, isto é, estimular afeto positivo na mente dos outros, que são autocríticos e que se sentem mal-amados pelos outros, tendem a demonstrar que merecem o seu valor pela competição excessiva (comparação social¹) na procura e obtenção de recursos, apresentando uma enorme vulnerabilidade à rejeição (Gilbert, 2004c). Nesta interação dinâmica e competitiva, os indivíduos podem tornar-se excessivamente submissos como estratégia para lidar com a ameaça (presença de outro dominante) ou procurar proteção e investimento do indivíduo dominante, o que vai gerar diferentes tipos de relações (e.g., líder/dominante-subordinado) (Gilbert, 1992b; Sloman & Gilbert, 2000). Estes comportamentos defensivos e de proteção apresentam uma fenomenologia diferente da dos comportamentos e emoções de *safeness*, associadas ao sistema de *soothing* e vinculação (Gilbert, 2005b). Os indivíduos compassivos possuem capacidades para criar segurança no outro (afeto, calor, ternura e preocupação) e de autorregulação dos seus medos e impulsos hostis e de ameaça (cf. Cap. 2).

¹ Competimos para sermos vistos como atraentes e capazes de garantir objetivos biossociais evolutivamente significativos (e.g., alianças próximas, acesso a oportunidades sexuais, libertação de opressões). As relações sociais são reguladores biológicos poderosos (Gilbert, 2007c). Assim, as experiências precoces são fundamentais para a preparação da entrada na competição (relacionada com as experiências de socialização e com a emergência da emoção da vinculação, a vergonha).

1.1. Experiências relacionais precoces

A maturação dos sistemas cerebrais, sobre os quais dependem as mentalidades sociais, é altamente influenciada pelas experiências precoces de vários tipos de investimento parental (e.g., cuidado), graus (níveis) de ameaça no contexto/domínio social e valores sociais (Schore, 1994, 2002). A forma como os diferentes sistemas de regulação de afeto se desenvolvem e são coreografados em esquemas relacionais (*eu-outros* e *eu-eu*) vai depender da sua estimulação durante a maturação. Isto é, as experiências precoces com os pais (e outros significativos) estimulam diferentes emoções e combinações de emoções que se tornam associadas à noção de quem somos (autoidentidade) e de quem são os outros. A relação que a criança vai estabelecer com as figuras de vinculação irá moldar o aparecimento de esquemas relacionais (*eu-outros* e *eu-eu*) (Baldwin 1992, 1994, 2005), influenciando as arquiteturas básicas do cérebro e os processos psicobiológicos (Schore, 2001). Assim, é através do calor e cuidado dos pais (a partir de sinais como o tocar, abraçar, expressão facial e voz amistosa e suave) que a criança ativa o seu sistema de calor/afiliação nas relações interpessoais. Nestas circunstâncias, este sistema pode estar disponível, com várias memórias e procedimentos implícitos, para ser usado nas relações positivas (e.g., ligações de cooperação e afiliação) e para a autorregulação em situações de ameaça e de *stress* (Gilbert et al., 2006; Trevarthen & Aitken, 2001). O mesmo é verdadeiro para a criança que foi negligenciada, envergonhada, abusada ou privada de amor e afeto. Nesta criança, as vias cerebrais que medeiam os sistemas de defesa-ameaça, por terem sido sobreestimuladas, levam à rápida ativação de afeto negativo e comportamentos defensivos (Perry et al., 1995). Por outro lado, o seu sistema de afeto positivo de calor/afiliação e *soothing* está subestimulado, contribuindo para uma limitada articulação dos esquemas interpessoais do *eu* e dos outros, como cuidadores, reconfortantes e tranquilizadores. Isto significa que as experiências repetidas de fracasso na estimulação de afeto positivo e/ou experiências que geram afeto negativo na mente dos outros conduzem à construção de modelos internos do *eu* negativos (Gilbert, 1998e, 1998f; Schore, 1998). Memórias emocionais de como os outros veem, sentem e reagem ao *eu* estão na origem das autoavaliações e autoesquemas, ou seja, das representações internalizadas do *eu* (Baldwin, 1994, 2005; Gilbert, 2002c, 2002d; Gilbert et al., 2006). Baldwin e Dandeneau (2005) verificaram que a capacidade para lidar com obstáculos, fracassos, ou quando as coisas não correm bem, está relacionada com a acessibilidade a esquemas e memórias dos outros como cuidadores e calorosos (Mikulincer & Shaver, 2004, 2005). As autoavaliações negativas estão ligadas, tacitamente, à aprovação/desaprovação dos outros, uma vez que os diálogos internos constituem representações internas das relações sociais. Por outro lado, os diversos estudos têm comprovado, consistentemente, que as experiências precoces afetam o desenvolvimento, moldam e influenciam a maturação biológica, a regulação emocional, o comportamento interpessoal e a vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert & Perris, 2000; Perris, 1994; Schore, 1994).

A maioria das vulnerabilidades existentes estão associadas a experiências precoces em que houve ausência de vinculações de cuidado e *soothing* e/ou relações de vinculação pautadas pela ameaça e hostilidade dos outros. Os estudos existentes na literatura referentes à relação entre experiências precoces parentais e a psicopatologia têm-se centrado, sobretudo, na recordação dos comportamentos parentais e menos nas memórias emocionais (sentimentos e comportamentos pessoais) de como os indivíduos se sentiram enquanto crianças (Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003), apesar das limitações inerentes aos processos de recordação (e.g., estado de humor atual) (Brewin & Gotlib, 1993). Além disso, existem diferenças individuais na forma como as crianças reagem e lidam com a adversidade, pelo que as memórias emocionais de como se sentiram (experiência interna do *eu*) parecem exercer um papel especialmente importante (Gilbert et al., 2003; Mikulincer & Shaver, 2004). A comprovar isso, é perfeitamente possível que os indivíduos possam evocar/recordar os comportamentos parentais de uma determinada forma e tenham sentimentos diferentes acerca dos mesmos (e.g., “os meus pais cuidaram de mim e amaram-me, mas eu não me senti amado”; ou “os meus pais ameaçavam-me, eu tinha medo, submeti-me, mas não me sinto subordinado”) (Gilbert et al., 2003). Assim, os vários estudos deste capítulo centram-se nas memórias emocionais (evocação de sentimentos e comportamentos pessoais) e não no que os pais, de facto, fizeram.

No conhecimento pleno dos dados acima explicitados, para compreendermos melhor as implicações psicopatológicas destas experiências relacionais precoces, revelava-se crucial refletirmos sobre as representações internalizadas do *eu-outros* que as acompanham. Surgiu, então, a questão: Que tipo de experiências precoces negativas têm um forte impacto na construção de modelos internos do *eu*? Isto é, que memórias emocionais na trajetória desenvolvimental facilitam (ou comprometem) a ativação de determinadas estratégias inatas recrutadas para a relação do *eu* com o *eu*, como o autocriticismo e a autocompaixão? Como contribuem para a psicopatologia? Como influenciam a comparação social e determinam os comportamentos de submissão? Responder a estas questões constitui o objetivo principal dos estudos descritos neste capítulo.

Passamos, então, a descrever sucintamente as experiências e memórias emocionais que serão objeto de investigação neste capítulo.

1.2. Recordação de experiências de Ameaça e Subordinação na infância

De acordo com a teoria do *ranking* social, as experiências precoces (relação criança-pais) são também relações de poder e de hierarquia (dominância-subordinação). Este modelo de conceptualização da vinculação (*ranking* social) difere de outros modelos de vinculação, como o de Bowlby que define o sistema de vinculação como um sistema comportamental com uma motivação própria (não deriva dos sistemas de reprodução e de alimenta-

ção), com uma função evolucionária de proteção, em que o comportamento previsível é a proximidade com a figura de vinculação (Bowlby, 1969; Soares, 2006). O modelo de vinculação de Bowlby salienta, sobretudo, os efeitos da privação de cuidados parentais (ausência de calor e suporte) ou do controlo e intrusão parental e a sua contribuição para problemas na vinculação que se mostram relevantes para o desenvolvimento da psicopatologia. Por sua vez, a teoria do *ranking* social para a vinculação foca-se mais nos comportamentos de ameaça e diminuição do estatuto social e nos comportamentos de submissão no seio familiar. Crianças que se sentem ameaçadas pelos pais e que se sentem forçadas a assumirem posições de subordinação (não desejadas ou involuntárias) podem adotar vários tipos de comportamentos defensivos de submissão e de baixo *rank* (Gilbert et al., 2003). Estas crianças que são repetidamente criticadas, envergonhadas ou rejeitadas pelas figuras de vinculação desenvolvem uma construção dos outros como poderosos, hostis e dominantes, sentindo-se vulneráveis aos ataques e rejeições dos outros, em que a única saída que têm é a luta, a fuga ou a submissão (Gilbert, 2000c). A orientação defensiva coloca estas crianças atentas ao poder dos outros (e aos possíveis danos consequentes) e conscientes do seu estatuto social e lugar na hierarquia. Isto provoca a ativação de estratégias de submissão defensiva, baseadas no medo, e que se caracterizam pela inibição do comportamento assertivo, pela desistência perante desafios, pela cessação automática dos comportamentos de iniciativa e de afirmação, pelo apaziguamento do comportamento dos outros e pela reduzida experiencição de afeto positivo (Gilbert, 2000d; Gilbert, Allan, Brough, Melley, & Miles, 2002; Gilbert et al., 2003). Estes comportamentos de submissão defensiva têm a função de diminuir e desativar a agressão dos outros, ou ainda de reduzir a intenção hostil do dominante (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1998a, 2007c). Se os outros (pais) são mais poderosos, continuam a criticar ou a ameaçar e a criança não tem condições para escapar deles e sobreviver sozinha, então será mais adaptativo e protetor adotar um perfil submisso e de constante alerta às ameaças, uma vez que esta estratégia de segurança (submissão passiva) pode constituir uma forma de automonitorização que assegure o não envolvimento ou a entrada em conflito com os mesmos (Gilbert, 2003a, 2007c). Associado a esta submissão passiva surge um processo interno defensivo de autoacusação, cuja função é dirigir a atenção para o *eu* (corrigir o eu criticando-o), dado que há muito pouco a fazer (ou nada) para alterar o comportamento potencialmente danoso do dominante, especialmente se o indivíduo se sentir encurralado (e.g., criança em casa com os pais) (cf. Cap. 2). Nestas circunstâncias, a criança ao sentir-se encurralada e incapaz de escapar aos “pais hostis e ameaçadores”, atenta às ameaças (mais do que confiante nos pais para a sua segurança, regulação emocional e vinculação segura), estará mais vulnerável para a possibilidade de se autoavaliar negativamente e autocriticar. Isto, por sua vez, poderá torná-la mais vulnerável para a depressão quando confrontada com pequenos fracassos ou insucessos (Gilbert, 1993; Sloman & Atkinson, 2000). Irons e colaboradores (2006) concluíram que a re-

cordação de ser subordinado na família estava mais fortemente associada com a depressão que outras recordações dos pais na infância, tais como calor/suporte ou sobreproteção e controle. Os mesmos autores argumentam que a falta de amor e calor provoca infelicidade e insegurança, mas o *stress* da rejeição, a hostilidade e o medo presentes no início da vida, pode sobre-estimular a tendência para a experimentação precoce de respostas de *stress* (Irons et al., 2006; Perry et al., 1995) e aumentar a vulnerabilidade para a depressão e para outras perturbações psiquiátricas (Gilbert et al., 2003). Além disso, as ameaças ao estatuto e posto social e a subordinação (*down rank*) afetam também os processos fisiológicos (Schorer, 2001) e influenciam a representação interna *eu-outros* (e.g., ver o *eu* como inferior aos outros, pensar que os outros têm uma visão negativa do *eu*, comportamentos de submissão) (Baldwin, 1992; Gilbert, 2005b). Os comportamentos de submissão/subordinação medrosa mostram-se altamente correlacionados com a depressão (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert & Allan, 1998; Gilbert et al., 2002), com a ansiedade social e com a vergonha (Gilbert, 2000b). Com efeito, estas experiências precoces negativas irão contribuir para o desenvolvimento de sentimentos de vergonha relacionados com a percepção de existir na mente dos outros de uma forma negativa, enquanto objeto social indesejado, defeituoso, inadequado e inferior (Allan, Gilbert, & Goss, 1994; Gilbert, 1998b, 2002; Harder & Greenwald, 2000; Matos & Pinto-Gouveia, 2009), merecedor de ataque e crítica. A internalização desta visão do *eu* leva a que o indivíduo recrute a mesma orientação de dominância-subordinação para a relação *eu-eu*, onde uma parte do *eu* vai atuar como crítica e a outra se vai submeter e sentir-se derrotada (Gilbert, 2000c, 2005c, 2007c; Gilbert et al., 2004, 2006), perante situações de fracasso e erro (cf. Cap. 2). Para avaliarmos as recordações de ameaça e subordinação/submissão na infância, utilizou-se a medida desenvolvida por Gilbert e colaboradores (2003), a Escala de Experiências de Vida na Infância (ELES).

1.3. Experiências adversas na infância

As experiências adversas na infância aumentam o risco de sintomatologia depressiva no estado adulto, o que não constitui um dado novo. Estudos relativos ao cuidado parental e controle, ou à perda dos progenitores, foram complementados por outros estudos que examinaram experiências mais extremas e negativas de negligência, frieza e abuso físico e sexual (Andrews & Brown, 1988; Bifulco, Brown, & Adler, 1991; Bifulco, Brown, & Harris, 1994). Estas experiências adversas mostraram-se preditores significativos de vários tipos de psicopatologia na vida adulta, exercendo um papel importante para a sua etiologia (Bifulco, Bernazzani, Moran, & Jacobs, 2005; Weiss, Longhurst, & Mazure, 1999). A literatura tem apontado vários estudos que exploraram a relação entre certos tipos de experiências adversas e o aparecimento de sintomas psicopatológicos. A título ilustrativo, a perda parental apresen-

tou uma associação significativa com a depressão no adulto (Bifulco et al., 1994), assim como o abuso sexual na infância (Briere & Elliot, 2003; Paolucci, Genuis & Violato, 2001; Tyler, 2002), que se mostrou altamente correlacionado com uma variedade de perturbações psiquiátricas, a saber: perturbação de stress pós-traumático, dissociação, perturbação *borderline* da personalidade, comportamento antissocial e abuso de substâncias (Cicchetti & Toth, 2005; Collin-Vézina & Hébert, 2005; MacMillan, 2001; Nurcombe, 2000; Weiss et al., 1999). Quanto mais negativa e frequente for a experiência adversa, mais intensa e grave se revela a perturbação mental ou física (Bifulco et al., 2005; Mangan, Wittich, & Gerald, 2007; Sandberg et al., 2000). Bifulco e colaboradores (2002), num estudo prospetivo, verificaram um efeito de transmissão intergeracional do risco de depressão em filhos de pais vulneráveis. Ou seja, filhos de mães com um passado de abuso e negligência na infância apresentavam um risco quatro vezes superior de deprimirem e um risco duas vezes superior de sofrerem de abuso ou negligência do que os controlos. Como apontado por Bifulco e colaboradores (2005), existem tópicos de adversidade importantes – cuidado (negligência parental e antipatia), abuso físico, abuso sexual e perda parental – e que estão associados em termos gerais à noção de outro ausente (figura parental que não atua como um agente cuidador e protetor) ou de outro ameaçador (abuso e *bullying*).

Indisponibilidade e frieza parental: estas experiências adversas refletem comportamentos parentais de crítica, controlo, frieza, rejeição (e.g., “era muito difícil agradar-lhe”) e desinteresse e descuido pelas necessidades e atividades dos filhos (e.g., “descuidava-se em relação às minhas necessidades básicas”). A indisponibilidade parental pode surgir por separação, abandono ou pressões laborais ou sociais em relação aos pais. Pode acontecer que os pais estejam presentes fisicamente e, no entanto, serem incapazes de dar afeto, calor e suporte emocional. Não conseguem ajudar os filhos a aprenderem a lidar com as suas emoções, a validarem-nas e a sentirem-se seguros com elas (Leahy, 2001, 2005). Os pais podem ser críticos e superprotetores (controlo) na tentativa de forçarem os seus filhos a cumprirem ou obedecerem, ou ainda, no sentido de atingirem determinados padrões de desempenho. Esta atitude torna estas crianças mais sensíveis à vergonha e ao criticismo dos outros. Algumas delas internalizam “esta voz crítica dentro da cabeça” que pode funcionar como uma memória emocional de vergonha condicionada, intrusiva e traumática (Brewin, 2006; Brewin & Reynolds, 1999).

Abuso e *bullying*: abuso emocional, sexual ou violência doméstica (abuso físico), por constituírem ambientes de ameaça e insegurança severa, modelam estratégias inúteis e disfuncionais de lidar com os conflitos e adversidade. Bifulco & Moran (1998) mostraram que o abuso (nas suas várias formas) mina, totalmente, a capacidade dos indivíduos de lidarem com o *stress* e aumenta a vulnerabilidade para a depressão. Todas as formas de abuso (trauma) podem ser altamente prejudiciais para a maturação psicobiológica (afetam o sistema de

regulação emocional e de *stress*) e para o desenvolvimento da confiança e da capacidade para formar relações íntimas (Gerhardt, 2004; Teicher, 2002). Há autores que defendem que a criança vítima de abuso por parte dos pais, independentemente do tipo de abuso a que é exposta, conclui que é merecedora desse abuso, sobretudo, se o progenitor lhe transmite a ideia de que o abuso traduz uma ação que ocorre para o seu próprio bem. Nessa circunstância, a criança poderá desenvolver o sentimento de que há algo de errado com ela (“eu sem valor”) (Loader, 1998 citado por Webb et al., 2007). E é nesse sentido que o abuso (assim como outras experiências de crescimento precoces de cariz traumático) aumenta a propensão para várias formas de vergonha e para a depressão crónica (Andrews, 1998). De facto, estes estilos parentais ativam o sistema de ameaça-defesa e são codificados como memórias emocionais condicionadas internalizadas, em que a criança se coloca numa posição de ameaça e subordinação (Perry et al., 1995; Gilbert, 1998e). A medida utilizada para avaliar de uma forma mais completa as experiências de adversidade na infância foi o Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (CECA.Q; Bifulco et al., 2005; Smith et al., 2002).

1.4. Estilos parentais

A literatura existente acerca dos estilos parentais aponta para a sua importância no desenvolvimento infantil e no processo de socialização (Maccoby & Martin, 1983 citado por Keller, 2008). Numa abordagem ontogenética, os pais constituem os protagonistas pioneiros do processo de socialização, em que as suas práticas educativas e atitudes e comportamentos são fundamentais para o desenvolvimento psicossocial saudável das crianças (Holden & Edwards, 1989; Maccoby, 1984 citado por Canavarro, 1996). Os modelos conceptuais que abordam a contribuição das relações e atitudes parentais para o desenvolvimento saudável *versus* psicopatologia varia consoante o modelo teórico subjacente, e ainda segundo as escolas e/ou autores. Isto significa que é difícil a definição dos estilos parentais e a operacionalização das medidas, dado o vasto leque de categorias propostas e os modelos que lhes subjazem (Canavarro, 1996). Consensualmente, os estilos parentais referem-se a classificações do comportamento parental acopladas em categorias ou dimensões (e.g., apoio emocional, rejeição, controlo), a partir das quais é possível caracterizar o comportamento (Cunha, 2005). Perante este cenário, alguns autores propuseram-se, na tentativa de ultrapassar a variedade de conceitos, com o recurso a análises fatoriais de medidas de práticas educativas, a uniformizar e a categorizar o conceito de estilos parentais. Os resultados destes estudos de validade fatorial revelaram a existência de três fatores (Arrindell et al., 1986; Baptista, 1986; Gerlsma, Emmelkamp, & Arrindell, 1990; Parker et al., 1979), a saber: o primeiro fator refere-se a comportamentos e atitudes de aceitação, calor e carinho e na dimensão bipolar oposta, rejeição, criticismo e frieza (e.g., sentimentos negativos e hostis dos pais relativamente aos filhos); o

segundo fator relaciona-se com o controle, sobreproteção e intrusividade ou, no outro pólo, com a autonomia e individualidade. Este fator caracteriza-se por comportamentos parentais de proteção de estímulos de ameaça, levando com frequência à redução da individualidade/autonomia da criança; e, por fim, o terceiro fator, considerado o menos consistente, associa-se ao uso de punição, firmeza ou disciplina.

A medida mais usualmente aplicada na avaliação dos estilos parentais consiste no Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais (PBI; Baptista, 1986, versão portuguesa do *Parental Bonding Instrument*; Parker et al., 1979). Este instrumento visa avaliar as memórias referentes aos estilos parentais (mãe e pai) no período da infância e adolescência. Parker e colaboradores (1979) construíram um modelo de estilos parentais educativos, baseados em duas dimensões: carinho e proteção. O carinho (cuidado) constitui uma dimensão que varia da rejeição ou frieza até ao afeto e cuidado, e que avalia a recordação de comportamentos parentais percebidos como frios e rejeitadores ou, opostamente, afetuosos, compreensivos e de suporte. Nesta linha, o pólo negativo desta dimensão (e.g., rejeição) envolve comportamentos parentais que tendem a modificar a vontade do filho e que são sentidos por este como uma rejeição de si próprio como indivíduo. A rejeição é o resultado de comportamentos parentais como castigos físicos, privação de objetos ou de privilégios, aplicação direta da força, com o objetivo de influenciar o comportamento do filho e a falta de consideração pelo ponto de vista do filho e das suas necessidades. Por sua vez, a sobreproteção refere-se ao controle excessivo e rígido ou, contrariamente, à promoção de autonomia e individualidade. Esta dimensão traduz-se em comportamentos parentais de proteção excessiva em relação a experiências indutoras de *stress*, elevado grau de intrusividade nas rotinas e atividades dos filhos, elevadas expectativas de realização em determinadas áreas e imposição de regras rígidas às quais é exigida estrita obediência (Rollins & Thomas, 1979 citado por Canavarro, 1999). A ligação entre os estilos parentais e a psicopatologia é amplamente conhecida (Parker et al., 1999; Canavarro, 1999). Vários estudos têm demonstrado que o suporte emocional facultado pelos pais é o principal discriminador entre o grupo de sujeitos deprimidos e o grupo de controlo (Ritcher, 1994). A depressão na idade adulta está ligada à falta de afeto e de carinho, de suporte e de atenção por parte das figuras parentais (Parker et al., 1995). Os diversos estudos que utilizaram o PBI para avaliar a relação causal entre os estilos parentais disfuncionais e a psicopatologia (ansiedade e depressão) mostraram que os preditores mais robustos são o elevado controlo parental e baixo carinho de um ou ambos os pais, sendo a combinação de elevado controlo e baixo carinho bastante prejudicial (Chambers, Power, Loucks, & Swanson, 2000; Parker, Hadzi-Pavlovic, Mitchell, Wilhelm, & Austin, 1997; Parker, Wilhelm, Mitchell, & Hadzi-Pavlovic, 1999).

1.5. Memórias de Vergonha

As experiências de vergonha são experiências que podem acontecer muito cedo na vi-

da de um indivíduo e envolvem a percepção de ameaça primária ao *eu*² (i.e., à nossa ligação social aos outros, à perda de atratividade aos olhos dos outros e de estatuto social) (Gilbert, 1998f, 2003b). Como é salientado por alguns autores, estas experiências de vergonha podem ficar gravadas no sistema mnésico, enquanto memórias emocionais com impacto na formação de crenças autorreferentes e subsequente influência no processamento atencional, cognitivo, emocional e no comportamento (Gilbert, 2002a, 2003b; Kaufman, 1989; Lewis, 1992) e com impacto neurofisiológico (Gilbert, 2002a, 2003b; Lewis, 1992; Kaufman, 1989; Tomkins, 1981). Dito de outra forma, as memórias de vergonha são memórias de ameaça com uma textura emocional (Andrews, 2002; Andrews & Hunter, 1997), desempenhando um papel importante na construção do sentido do *eu*, por exemplo, “por ter provocado afastamento nos outros e ter sido tratado como indesejável, sou indesejável” (Gilbert, 2003b). Experiências recorrentes de criticismo parental, de rejeição por um amante, de *bullying*, de fracasso no atingir de determinados objetivos ou de abuso físico e sexual podem ficar gravadas na memória autobiográfica como memórias emocionais condicionadas (Gilbert, 2003b; Schore, 1998, 2001), sob a forma de cenas ou fragmentos de imagens do *eu* na relação com os outros (Gilbert, 2003b; Tomkins, 1981). Percebe-se, então, que a vulnerabilidade e propensão para vergonha está enraizada em memórias de rejeição, crítica e de vergonha (Gilbert, 1998f, 2002a). A internalização destas experiências de vergonha resulta em autoavaliações negativas (olhar para o *eu* no mesmo sentido dos outros, como inferior, defeituoso, falhado e globalmente rejeitável) (Gilbert, 1998f, 2002a; Mikulincer & Shaver, 2005), o que sugere a existência de uma dinâmica *eu-outro* na experiência de vergonha (Gilbert, 2003b). Desta forma, a natureza da experiência de vergonha sugere que esta poderá possuir características de memória traumática, como a intrusão, *flashbacks*, evitamento emocional, hiperativação, dissociação (Ehlers & Clark, 2000; Gilbert 2002a). Vários estudos recentes mostraram que as memórias traumáticas influenciam o processamento cognitivo e emocional e que estão relacionadas com sintomas psicopatológicos, como a depressão, ansiedade e perturbação de *stress* pós-traumático (Bernsten & Rubin, 2007; Greenberg et al., 2005; Ludin & Passmore, 2010). No mesmo sentido, Matos e Pinto-Gouveia (2009) confirmaram que as experiências de vergonha com impacto traumático na infância e adolescência aparecem associadas à vergonha atual e à psicopatologia, em especial, à depressão, com os sujeitos com mais memórias de vergonha traumática a apresentarem mais sintomatologia depressiva, mas também parecem ter um efeito moderador na relação entre a vergonha atual e a depressão. Além disso, estas mesmas memórias de vergonha que funcionam como memórias poderosas, dolorosas e traumáticas podem funcionar como pontos de referência para a identidade e história de vida do

² A vergonha é uma resposta afetiva-defensiva à ameaça ou a experiências reais de rejeição ou desvalorização (perda de estatuto), porque se é ou tornou um agente social não atrativo, sob pressão para limitar possíveis danos à autoapresentação (Gilbert, 1997b, 1998f, 2002a).

indivíduo, e que, uma vez centrais, estão relacionadas com os sintomas psicopatológicos, nomeadamente, a depressão, a ansiedade e o *stress* (Pinto-Gouveia & Matos, 2010). Outro estudo recente sugere que as memórias de vergonha com figuras de vinculação diferem das memórias de vergonha que envolvem outras pessoas (e.g., pares, colegas, professores, estranhos) no impacto que apresentam para a psicopatologia, em que apenas as memórias traumáticas de vergonha com as figuras de vinculação moderam a relação entre a vergonha atual e a depressão (Matos, Pinto-Gouveia, & Costa, 2011).

Portanto, as memórias de vergonha que são processadas e registadas como memórias autobiográficas traumáticas parecem funcionar como memórias de autodefinição (Conway, 2005; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2011; Singer & Salovey, 1993), dando sentido e continuidade à autoidentidade e história de vida (McAdams, 2001; McAdams, Josselson, & Lieblich, 2006), e influenciando também o comportamento e os objetivos biosociais (Sutin & Robins, 2008). Neste contexto, estas memórias estão na base de modelos internos negativos do *eu* (e.g., *eu* como indigno e indesejável) e dos outros (e.g., outro como ameaçador, hostil, poderoso, que pode criticar, rejeitar, excluir ou perseguir o *eu*), podendo influenciar as respostas emocionais e sociais a acontecimentos de autodefinição negativos (Baldwin & Dandeneau, 2005; Mikulincer & Shaver, 2005; Matos et al., 2011). Ao fazerem parte de esquemas relacionais, as memórias de vergonha formam também a base das experiências e autoavaliações internas (Baldwin, 1997, 2005; Baldwin & Holmes, 1987). Com o objetivo de explorarmos a relação entre as memórias de vergonha, autocrítica e autocompaixão, vulnerabilidade para a psicopatologia e *ranking* social, duas medidas específicas de avaliação das memórias de vergonha foram usadas, a saber: a Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (IES-R; *Impact of Event Scale-Revised*; Weiss & Marmar, 1997; Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, no prelo), que avalia o sofrimento subjetivo que advém de uma experiência específica e, neste caso em particular, de uma experiência de vergonha da infância ou adolescência; e a Escala da Centralidade do Acontecimento (CES; *Centrality of Event Scale*; Berntsen & Rubin, 2006; Matos, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2010), que mede até que ponto a memória de um acontecimento indutor de *stress* representa um ponto de referência central para a identidade pessoal e atribuição de significado a outras experiências de vida. Segundo os autores, a CES foca-se, sobretudo, na integração da memória traumática na história de vida e autoesquema da pessoa.

Com base nesta informação, será razoável questionarmo-nos como e por que via as interações precoces na infância contribuem para a vulnerabilidade e manutenção da psicopatologia e para o *ranking* social (comparação social, comportamentos de submissão). Entender a forma como diferentes experiências e memórias emocionais estão associadas à psicopatologia e ao *ranking* social, relação já conhecida empiricamente, permite-nos colocar a hipótese, de uma forma mais parcimoniosa, que esta associação possa ser explicada pelo efeito do autocri-

ticismo e da autocompaixão. Assim, este capítulo aborda duas questões. Primeira: que memórias emocionais interpessoais contribuem para a gênese do autocrítico e da autocompaixão? Segunda: será que o autocrítico e a autocompaixão promovem o impacto das memórias emocionais na variação da psicopatologia? E da comparação social e dos comportamentos de submissão?

Deste modo, os estudos incluídos neste capítulo, de natureza exploratória, testam determinadas hipóteses derivadas da Teoria das Mentalidades Sociais e do *Ranking* Social (Gilbert, 1998c, 1998e, 2000e, 2009b, 2009d; Gilbert & Andrews, 1998), de modo a explorar a contribuição de determinadas experiências infantis e memórias emocionais negativas, avaliadas por diferentes medidas, para a formação do autocrítico e da autocompaixão e da sua ação conjunta para a compreensão da psicopatologia e do *ranking* social.

O primeiro estudo aborda o contributo da recordação de experiências de ameaça e subordinação/submissão na infância para a formação do autocrítico e autocompaixão e do seu efeito conjunto para o aparecimento da psicopatologia, comparação social e comportamentos de submissão no adulto. O segundo estudo, tendo o mesmo propósito, explora a relação entre as experiências adversas na infância, o autocrítico e a autocompaixão e a sua contribuição relativa para os sintomas psicopatológicos e *ranking* social. No mesmo sentido, o terceiro estudo analisa a contribuição dos estilos parentais (carinho e sobreproteção) para o desenvolvimento do autocrítico e da autocompaixão e do seu efeito conjunto na psicopatologia. O quarto estudo investiga a contribuição das experiências de vergonha (como memórias traumáticas e autobiográficas) para a formação do autocrítico e autocompaixão e para a vulnerabilidade para a psicopatologia, comparação social e comportamentos de submissão. Por último, e partindo dos resultados dos estudos anteriores, o quinto estudo pretende explorar o impacto da vergonha na relação entre as memórias emocionais de ameaça e subordinação/submissão na infância e as formas do autocrítico e autotranquilização.

2. Estudo 1: Recordação de experiências de Ameaça e Subordinação na infância, Autocrítico e Autocompaixão, Psicopatologia, Comparação Social e Submissão

2.1. Objetivos

O presente estudo tem dois grandes objetivos: o primeiro prende-se com o explorar a associação entre memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância (pelas figuras parentais), o autocrítico e autocompaixão, a psicopatologia (em particular, os sintomas depressivos e ansiosos), a comparação social e os comportamentos de submissão no adulto. Pretende-se perceber, concretamente, como é que este tipo de experiências precoces negativas influencia o desenvolvimento do autocrítico *versus* autocompaixão. Isto é, espera-se que os indivíduos que apresentam mais recordações de se sentirem ameaçados e subordinados pelas figuras parentais sejam mais autocríticos do que aqueles com menos recordações de

ameaça e submissão na infância. Especificamente, hipotetiza-se que sejam as memórias emocionais de subordinação as mais associadas ao autocrítico, quer na forma *eu inadequado*, quer na forma *eu detestado*, em especial com este último. No que concerne à autocompaixão, espera-se que sejam as recordações de subordinação mais de que as de ameaça as mais relacionadas com este processo de autorregulação emocional positivo. Ainda em relação a este objetivo, espera-se que os indivíduos com estas experiências desenvolvimentais negativas tenham mais sintomas depressivos e ansiosos, se comparem com os outros de forma mais negativa e manifestem mais comportamentos de submissão no estado adulto.

Finalmente, o segundo objetivo deste estudo é testar um modelo de mediação em que se hipotetiza que a contribuição deste tipo de memórias emocionais na infância para os sintomas depressivos, ansiosos e *ranking* social é explicada pelo efeito do autocrítico e da autocompaixão. Ou seja, espera-se que as formas do autocrítico e autotranquilização mediem a associação entre as memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância e a sintomatologia depressiva e ansiosa, a comparação social e a submissão no adulto.

Em síntese, este estudo explora a forma como as memórias emocionais de ameaça e subordinação em relação às figuras parentais e as formas do autocrítico e autotranquilização contribuem para a psicopatologia e comportamentos de baixo *rank* (comparação social negativa e comportamentos de submissão no estado adulto).

2.2. Método

2.2.1. Amostra

Para a realização deste estudo, foi constituída uma amostra de conveniência com sujeitos estudantes universitários recrutados na Universidade de Coimbra. São estudantes de várias licenciaturas matriculados nos diferentes anos curriculares que compõem cada curso. Para a recolha da amostra, foram considerados três principais critérios de exclusão: (a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; (b) preenchimento incompleto dos questionários de autorresposta; (c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão que comprometeriam o preenchimento correto das escalas. A amostra total ficou constituída por 545 estudantes do ensino superior público, 140 do género masculino (25.7%) com uma idade média de 20.85 ($DP = 3.01$), e 405 do género feminino (74.3%), com uma média de idades de 20.89 ($DP = 3.05$). Verificou-se que a idade mínima é de 18 anos e a máxima de 44 anos e que o mínimo de anos de escolaridade é de 12 anos e o máximo de 22 anos de escolaridade. A média de idades do total da amostra é de 20.88 ($DP = 3.03$) e a média dos anos de escolaridade é de 13.78 ($DP = 1.66$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros na distribuição das variáveis idade, $t_{(543)} = -.12, p = .903$, e anos de escolaridade, $t_{(543)} = .55, p = .583$. Quanto ao estado

civil, existe um predomínio de sujeitos solteiros (97.40%). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros no estado civil, $\chi^2(2) = .70, p = .705$, e no nível socioeconómico, uma vez que todos os sujeitos pertencentes à amostra são estudantes. As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 5.1.

Tabela 5.1. Características demográficas da amostra (N = 545)

	Masculino (n = 140)		Feminino (n = 405)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	20.85	3.01	20.89	3.05	-.12	.903
Anos Escolaridade	13.85	1.79	13.76	1.62	.55	.583
	n	%	n	%	χ^2	p
Estado civil						
Solteiro	137	97.8	394	97.8	.70	.705
Casado	3	2.20	9	2.20		
Divorciado	0	0	2	0.5		

2.2.2. Instrumentos

Cada participante completou para o estudo uma bateria de medidas de autorrelato específicas que incluiu: a) Escala de Experiências de Vida na Infância (ELES; *The Early Life Experiences Scale*) para avaliação da recordação das experiências de ameaça e subordinação na infância; b) Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS; *Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale*) para avaliação das formas do autocriticismo e autotranquilização; c) Escala de Comparação Social (ECS; *Social Comparison Scale*) para avaliação da comparação social; d) Escala de Comportamentos de Submissão (SBS; *Submission Behaviour Scale*); e e) Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-42; *Depression, Anxiety and Stress Scales*) para avaliação da psicopatologia (ansiedade, depressão e stress). A caracterização das medidas é descrita, pormenorizadamente, no Capítulo 3, no ponto 3.

2.2.3. Procedimento

Os sujeitos participantes foram recrutados em diversas instituições públicas de ensino superior pertencentes à Universidade de Coimbra. Foi-lhes fornecida uma bateria de instrumentos para avaliação das formas do autocriticismo e da autocompaixão, das experiências de ameaça e subordinação na infância, dos sintomas psicopatológicos, da comparação social e da submissão. Como usual, os sujeitos preencheram também uma folha de rosto para recolha dos dados demográficos, com uma breve descrição dos objetivos do presente estudo. Foi explicado a cada um dos sujeitos participantes a importância do preenchimento correto e completo da bateria de escalas, a confidencialidade das respostas e a preservação do anonimato, e solicitada a assinatura do consentimento de participação. A recolha foi efetuada pela autora da investigação no fim de cada aula após o consentimento prévio dos professores responsáveis, sendo que o tempo médio de preenchimento foi de 30 minutos.

2.2.4. Estratégia analítica

O estudo apresentou um desenho transversal. Para a comparação da média amostral de dois grupos independentes, recorreu-se ao teste t para amostras independentes. Ou seja, com o objetivo de avaliar as diferenças entre os grupos nas variáveis em estudo, testando se as médias das duas amostras são ou não significativamente diferentes, realizaram-se testes t -Student. Os pressupostos exigidos para a aplicação deste teste estatístico foram devidamente analisados (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias). Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo p -value do teste fosse inferior ou igual a .05 (Howell, 2007; Maroco, 2010b). Para o estudo de natureza correlacional, foram realizadas matrizes de correlação de Pearson para explorar as associações entre as experiências de ameaça e subordinação na infância (*ameaça* e *submissão*), as formas do autocriticismo (*eu inadequado* e *eu detestado*) e *autotranquilização*, os sintomas psicopatológicos (*depressão*, *ansiedade*), a *comparação social* e os *comportamentos de submissão* no adulto. As análises estatísticas supracitadas foram efetuadas com recurso ao *Software PASW (Predictive Analytics Software) Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicago, IL, USA). De seguida, pretendia-se analisar que memórias emocionais focadas na recordação de sentimentos e de comportamentos de ameaça e subordinação por parte das figuras de vinculação (pais) (VI) influenciavam o desenvolvimento das formas de autocriticismo e autotranquilização (matriz de VD). Para o efeito, modelos de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) foram efetuados para explorar a relação do tipo linear entre duas ou mais variáveis endógenas (dependentes ou critério) e duas ou mais variáveis exógenas (independentes ou preditoras). Em termos globais, este modelo de regressão linear múltipla multivariado para p variáveis dependentes e q variáveis independentes é do tipo: $Y_1 = B_{01} + B_{11}X_1 + \dots + B_{1q}X_q + \varepsilon_1 \dots Y_p = B_{0p} + B_{p1}X_1 + \dots + B_{pq}X_q + \varepsilon_p$. A influência de cada uma das variáveis independentes sobre as variáveis dependentes é estimada pelos coeficientes de regressão ou coeficientes de trajetória B_i ($i = 1, \dots, q$). Estes coeficientes indicam qual a variação de Y por unidade de X à qual o coeficiente está associado. B_0 representa o valor residual de Y ('ordenada na origem'), i.e., o valor de Y quando todas as variáveis independentes são nulas. O ε_j representa os erros de mensuração e a variabilidade natural de Y . As hipóteses sob estudo são $H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots \beta_p = 0$ versus $H_1: \exists i: \beta_i \neq 0$ ($i = 1, \dots, q$). Quando rejeitamos H_0 significa que a variável independente possui um efeito significativo sobre a variação da variável dependente. A representação gráfica do modelo de RLMM está ilustrada na Figura 5.1.

Este modelo de regressão pode ser considerado uma extensão da regressão linear múltipla univariada para duas ou mais variáveis dependentes. Os estimadores desta análise são estimadores simultâneos, permitindo estimar covariâncias entre equações e a influência destas na estimação dos B entre as múltiplas regressões lineares. Revela-se uma análise eficiente quando existe uma estrutura correlacional entre as variáveis dependentes. A avaliação da

qualidade do modelo é feita através dos testes à significância do R^2 e à significância dos coeficientes de regressão respetivos, uma vez assegurada a correta estimação dos mesmos e dos respetivos erros-padrão. De uma maneira geral, consideram-se coeficientes de determinação (R^2) superiores a .05 indicadores de modelos com capacidades explicativas adequadas ($H_0: p^2 = 0$ versus $H_0: p^2 \neq 0$) (Maroco, 2010a). Por fim, pretendia-se ainda testar os efeitos das formas do autocrítica e autotranquilização como mediadores na relação entre as memórias emocionais de ameaça e subordinação/submissão na infância e a psicopatologia e *ranking* social (comparação social e comportamentos de submissão). De acordo com Baron e Kenny (1986, pp. 1176), uma variável é designada ‘mediador’ na extensão do que contribui para a relação entre o preditor e o critério. A Figura 5.2. representa o efeito direto da variável preditora (X) na variável critério (Y).

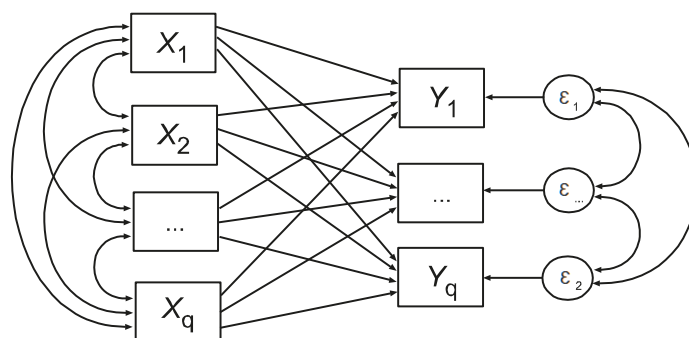


Figura 5.1. Modelo de regressão linear múltipla multivariada

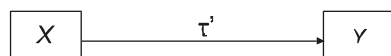


Figura 5.2. Efeito direto da variável preditora (VI) (X) na variável dependente ou critério (Y)

A Figura 5.3. representa o modelo de mediação na sua forma simples. Traduz o efeito da variável preditora X sobre a variável dependente Y ‘transportada’ pela variável mediadora M (efeito indireto).

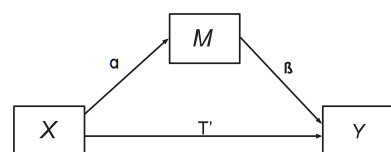


Figura 5.3. Modelo de mediação simples. X influencia Y indiretamente através de M

Considera-se um efeito de mediação quando estão presentes três pressupostos: (a) a variável independente (preditora) possui um efeito significativo sobre a variável critério (resultado) (i.e., $Y_{1j} = \beta_{01} + \tau X_j + \varepsilon_{1j}$); (b) existe uma relação significativa entre a variável preditora e o mediador (i.e., $M_j = \beta_{03} + \alpha X_j + \varepsilon_{3j}$) e (c) a variável preditora e a variável

mediadora são preditores da variável resultado (i.e., $Y_{2j} = \beta_{02} + \tau X_j + \beta M_j + \varepsilon_{ej}$) (Maroco, 2010b, pp. 644). A mediação é expressivamente significativa quando o efeito direto da variável preditora no resultado, sob a presença do mediador é nulo (i.e., $\tau' = 0$) (Baron & Kenny, 1986; Preacher & Hayes, 2004; Maroco, 2010a, pp.643). Isto significa que a variável mediadora transporta *per si* o efeito da variável preditora para a variável dependente. Em suma, o efeito indireto (efeito de mediação) é estimado por $\alpha \times \beta$ (Figura 5.3.), em que uma mediação perfeita corresponde a $\tau' = 0$. O efeito total de X sobre Y é estimado pela soma dos efeitos diretos e dos efeitos indiretos. A significância dos efeitos indiretos foi analisada com recurso ao método de reamostragem *Bootstrap*. Este tipo de análise clarifica o estilo de mediação postulado por Baron e Kenny (1986) e constitui um desenvolvimento recente ao teste de significância Sobel para os efeitos indiretos (Preacher & Hayes, 2004, 2008). A vantagem associada ao método de reamostragem *Bootstrap* prende-se com um maior poder estatístico e controlo do erro Tipo I (Bollen & Stine, 1990; Lockwood & MacKinnon, 1998; Preacher & Hayes, 2004; MacKinnon et al., 2004 citado por Preacher & Hayes, 2008). O procedimento gera uma aproximação empírica da distribuição amostral do efeito indireto (*caminho $\alpha \times$ caminho β*) e fornece também o respetivo IC (95%) (Preacher & Hayes, 2004, 2008). A estimativa *bootstrapped* do efeito indireto (*boot*) baseou-se, neste caso, em 2000 amostras, sendo que o valor *boot* não nos confirma a presença (ou não) de mediação, somente o respetivo IC 95%. De facto, a interpretação dos dados de *bootstrapping* é realizada verificando, precisamente, se os ICs 95% (*bias corrected and accelerated confidence intervals* - BCa CI) não contêm zero. Ou seja, não contendo zero, verifica-se um efeito indireto/mediação.

Assim, foram propostos quatro modelos causais hipotéticos, recorrendo a modelos de trajetórias³ (*Path Analysis*) que permitem considerar, em simultâneo, a influência de todas as variáveis exógenas nas variáveis endógenas e decompor a associação entre as variáveis em diferentes tipos de efeitos: (a) efeitos diretos (relação direta entre duas variáveis estimada pelo coeficiente de trajetória de uma variável para outra; (b) efeitos indiretos ou de mediação (o efeito de uma variável faz-se sentir, indiretamente, através de outra variável, sendo estimado pelo produto dos coeficientes de trajetória compostos que ligam as variáveis entre si e no mesmo sentido; (c) efeitos não-analisados (efeitos devido a causas correlacionadas entre duas variáveis); e (d) efeitos espúrios (efeitos devido a causas comuns de uma variável, isto é, a associação entre duas variáveis é, em parte, responsável pela associação de cada uma delas a uma terceira variável) (Maroco, 2010b). Foi testado um modelo causal das memórias emocionais de ameaça e subordinação/submissão na infância sobre a psicopatologia e *ranking* soci-

³ A análise de trajetórias usa-se para estudar relações estruturais (efeitos diretos e indiretos) entre variáveis manifestas (exógenas e endógenas) a partir de uma estrutura correlacional observada entre essas variáveis. Estas relações estruturais são apropriadas para testar hipóteses de mediação entre variáveis (Maroco, 2010a, pp. 137).

al, mediado pelas formas do autocrítico e autotranquilização. Nos diagramas de trajetórias hipotéticos a recordação de experiências de ameaça e subordinação/submissão foram consideradas variáveis exógenas independentes; as formas de autocrítico e autotranquilização, variáveis endógenas mediadoras e a psicopatologia, comparação social e comportamentos de submissão no adulto variáveis endógenas dependentes.

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW (Predictive Analytics Software) Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA) e com *Software Amos (Analysis of Moment Structures)* (versão 19; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

2.3. Resultados

2.3.1. Análise preliminar dos dados

Os pressupostos do teste *t*-Student para amostras independentes foram analisados no que respeita à normalidade das distribuições e à homogeneidade das variâncias populacionais. Adotou-se a correção disponibilizada pelo *software* sempre que o pressuposto da homogeneidade (homocedasticidade) foi violado (Howell, 2007). A análise da normalidade das variáveis realizou-se através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e a análise do enviesamento em relação à média pelas medidas de assimetria e de achatamento. As variáveis em estudo não apresentaram graves enviesamentos ($Sk < |3|$; $Ku < |10|$; Kline, 1998) e a amostra tem $n \geq 30$, pelo que recorreu-se ao uso de testes paramétricos pela robustez que estes apresentam face a violações à normalidade das variáveis. Efetuou-se também a análise dos *outliers*, através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot).

As análises de regressão linear múltipla multivariada foram validadas tendo em conta os pressupostos de normalidade multivariada (avaliada pelos valores de coeficientes de assimetria (Sk) e de curtose (Ku) uni e multivariada). A existência de *outliers*, avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis- DM^2 (i.e., $p1$; $p2 < .05$, como indicador de possível *outlier*) permitiu detetar a existência de alguns valores extremos. Optou-se por manter esses valores na análise por se considerar de possível interesse para o fenómeno em estudo. A presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes foi analisada mediante o cálculo dos VIF. Não existiu evidência de multicolinearidade entre as variáveis ($VIF < 5$; Maroco, 2010b).

2.3.2. Estatística descritiva

A significância das diferenças nas variáveis em estudo, no que respeita ao género, foi avaliada com o teste paramétrico *t*-Student para amostras independentes. Foram calculados os valores das médias e desvios-padrão para todas as variáveis em estudo, bem como os valores da estatística *t*. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias, cujo *p-value* fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010b). Na Tabela 5.5., são apresentadas as médias e desvios-padrão para o total da amostra, assim como os valores de consistência interna e as diferenças entre os homens e as mulheres.

De acordo com o teste *t*-Student, as diferenças observadas entre os dois grupos são estatisticamente significativas no que respeita à subescala *eu detestado* (FSCRS), $t_{(544)} = 3.41$, $p = .001$, e à subescala *ameaça* (ELES), $t_{(544)} = 2.79$, $p = .005$. Assim, o género masculino mostrou mais recordações de ameaça percebida e medo em relação aos pais ($M = 11.45$; $DP = 4.55$) e mais autocriticismo focado em sentimentos de aversão e ódio pelo *eu* e no desejo de o perseguir, destruir, magoar ou eliminar ($M = 2.94$; $DP = 2.98$), comparativamente ao género feminino ($M = 2.13$; $DP = 2.20$). Os valores de consistência interna obtidos para as medidas em estudo variaram de satisfatórios a muito bons (cf. Tabela 5.2.), à exceção da subescala *eu detestado* que obteve um valor de alfa de .67. Pelo facto de existirem diferenças no género nas variáveis supracitadas, decidiu-se controlar estatisticamente o efeito do género, numa análise de regressão hierárquica múltipla. Para isso, colocou-se o género no primeiro passo da equação da regressão. Em todos os passos da análise da regressão, o género não se revelou um preditor significativo, não alterando, por isso, os resultados relativos às variáveis predictoras, pelo que as análises estatísticas foram realizadas na amostra total.

Tabela 5.2. Médias e desvios-padrão para o total da amostra ($N = 545$) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo, e valores de alfa de Cronbach

	Total ($N = 545$)		Masculino ($n = 140$)		Feminino ($n = 405$)		<i>t</i>	<i>p</i>	α
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Memórias Emocionais									
Ameaça (ELES)	10.63	4.08	11.45	4.55	10.34	3.87	2.79	.005	.82
Submissão (ELES)	2.01	.62	2.06	.67	1.99	.60	.95	.341	.76
Formas de Autocriticismo									
Eu Inadequado (FSCRS)	13.30	6.68	13.33	6.73	13.29	6.68	.05	.960	.88
Eu Detestado (FSCRS)	2.34	2.45	2.94	2.98	2.13	2.20	3.41	.001	.67
Eu Tranquilizador (FSCRS)	18.74	5.77	19.36	6.08	18.53	5.66	1.47	.143	.87
Psicopatologia									
Depressão (EADS-42)	7.24	6.37	7.98	6.88	6.98	6.17	1.60	.110	.91
Ansiedade (EADS-42)	6.37	5.77	7.13	6.37	6.11	5.54	1.80	.072	.87
Comparação Social (ECS)	68.30	13.50	67.56	14.24	68.56	13.24	-.75	.454	.88
Comportamento Submissão (SBS)	21.20	8.40	21.60	8.83	21.06	8.25	.66	.512	.85

Nota. ELES = Escala de Experiências de Vida na Infância; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Auto-tranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; ECS = Escala de Comparação Social; SBS = Escala de Comportamentos de Submissão.

2.3.3. Análises de correlação

Com o objetivo de estudar a relação entre memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância, as formas do autocriticismo e autotranquilização, os sintomas depressivos e ansiosos, a comparação social e os comportamentos de submissão, realizou-se um estudo de natureza correlacional, em que se procurou analisar a grandeza das associações entre as variáveis em estudo (cf. Tabela 5.3.).

Memórias emocionais de Ameaça e Subordinação e formas do Autocriticismo

As correlações obtidas entre as cinco variáveis são significativas e no sentido esperado da associação. A subescala *submissão* ($r = .43$; $p \leq .01$) e a subescala *ameaça* ($r = .37$; $p \leq .01$)

apresentaram correlações significativas com a subescala *eu inadequado* (FSCRS), com coeficientes que variaram de baixos a moderados. Por sua vez, as correlações entre as subescalas *submissão* ($r = .48; p \leq .01$) e *ameaça* ($r = .41; p \leq .01$) e a subescala *eu detestado* (FSCRS) são de magnitude moderada e no sentido esperado da associação. Estas formas negativas do autocriticismo tendem a estar associadas de forma expressiva a memórias de comportamentos e sentimentos de subordinação involuntária ou indesejada, em que a subescala *eu detestado* assume valores mais expressivos. Com a subescala *eu tranquilizador*, os coeficientes de correlação obtidos apesar de significativos, no sentido esperado da relação, são de magnitude fraca com a subescala *ameaça* ($r = -.23; p \leq .01$) e com a subescala *submissão* ($r = -.32; p \leq .01$), com níveis elevados de autotranquilização associados a níveis mais baixos de recordação de submissão e ameaça na infância. O *eu tranquilizador*, embora com valores baixos, apresentou correlações negativas com o *eu inadequado* ($r = -.31; p \leq .01$) e com o *eu detestado* ($r = -.36; p \leq .01$), correspondendo maiores níveis de autotranquilização e *self-soothing* a menor autocriticismo. Por último, a subescala *eu inadequado* apresenta um coeficiente de correlação positivo e estatisticamente significativo com a subescala *eu detestado* ($r = .62; p \leq .01$), sugerindo que estas formas negativas de autocriticismo avaliam aspetos diferentes da relação interna autoavaliativa crítica (cf. Tabela 5.3.).

Tabela 5.3. Correlações entre memórias emocionais, de ameaça e subordinação na infância (ELES), as formas do autocriticismo (FSCRS), os sintomas depressivos e ansiosos (EADS-42), a comparação social (ECS) e os comportamentos de submissão (SBS)

Variáveis	Ameaça (ELES)	Submissão (ELES)	Eu Inadequado (FSCRS)	Eu Detestado (FSCRS)	Eu Tranquilizador (FSCRS)	Depressão (EADS-42)	Ansiedade (EADS-42)	ECS Total
Submissão (ELES)	.65**							
Eu Inadequado (FSCRS)	.37**	.43**						
Eu Detestado (FSCRS)	.41**	.48**	.62**					
Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.23**	-.32**	-.31**	-.36**				
Depressão (EADS-42)	.33**	.45**	.45**	.55**	-.32**			
Ansiedade (EADS-42)	.20**	.32**	.33**	.48**	-.22**	.69**		
ECS Total	-.22**	-.33**	-.31**	-.30**	.34**	-.29**	-.18**	
SBS Total	.22**	.38**	.37**	.41**	-.26**	.34**	.31**	-.30**

Nota. ** $p \leq .01$. ELES = Escala de Experiências de Vida na Infância; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; ECS = Escala de Comparação Social; SBS = Escala de Comportamentos de Submissão.

Memórias emocionais de Ameaça e Subordinação, Psicopatologia e Ranking Social

A Tabela 5.3. mostra as correlações entre as variáveis em análises são todas significativas, e no sentido esperado da associação. As recordações de ameaça percebida e subordinação/submissão na infância mostraram-se significativamente associadas com a subescala *depressão* e, numa extensão menor, com a subescala *ansiedade*. Estes dados parecem sugerir que o *stress* da rejeição, a hostilidade ou medo nos primeiros anos de vida (*ameaça*), e a necessidade de se comportar de forma submissa (*submissão/subordinação*), estão associados a mais sintomas depressivos (em particular) e ansiosos no estado adulto. Em relação à comparação

social, ambas as memórias emocionais apresentam correlações negativas significativas. Ou seja, a subescala *submissão* apresenta uma associação negativa de maior grandeza ($r = -.33; p \leq .01$) com a *comparação social* do que a subescala *ameaça* ($r = -.22; p \leq .01$), com níveis elevados de recordação de ameaça e, sobretudo, de submissão/subordinação percebida, associados a níveis mais elevados de comparação social negativa. Por último, no que concerne aos comportamentos de submissão no adulto, as correlações obtidas com as memórias emocionais de ameaça e subordinação/submissão obedecem a um padrão idêntico ao obtido com o total da comparação social. A associação entre a subescala *ameaça* e os *comportamentos de submissão* no adulto, apesar de magnitude baixa, é positiva e estatisticamente significativa ($r = .22; p \leq .01$). Destaca-se a associação entre a subescala *submissão* e os *comportamentos de submissão* no adulto por apresentar um valor mais expressivo ($r = .38; p \leq .01$), sugerindo que quanto mais recordações de subordinado na infância um indivíduo tiver maior será a frequência de comportamentos de submissão manifestados enquanto adulto (cf. Tabela 5.3.).

Formas do Autocriticismo, Psicopatologia e Ranking Social

As correlações apresentadas entre as formas do autocriticismo e autotranquilização, a psicopatologia e variáveis de *ranking* social são todas estatisticamente significativas e na direção esperada. A subescala *eu inadequado* e a subescala *eu detestado* apresentam associações positivas significativas, moderadas a baixas, com a subescala *depressão* e com a subescala *ansiedade*, embora os valores de correlação obtidos para as dimensões negativas do autocriticismo sejam mais fortes para a depressão (cf. Tabela 5.3.). Como esperado, pontuações elevadas na forma *eu detestado* associam-se a maior sintomatologia depressiva ($r = .55; p \leq .01$) e ansiosa ($r = .48; p \leq .01$). Pelo contrário, a capacidade de autotranquilização mostrou-se negativamente associada com a subescala *depressão* ($r = -.32; p \leq .01$) e com a subescala *ansiedade* ($r = -.22; p \leq .01$). Portanto, níveis mais elevados de autotranquilização estão associados a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva e ansiosa. Encontrou-se também um padrão consistente de correlações entre as variáveis de *ranking* social e o autocriticismo. A *comparação social* mostrou-se associada de forma negativa com a subescala *eu inadequado* ($r = -.31; p \leq .01$) e com a subescala *eu detestado* ($r = -.30; p \leq .01$), e positivamente correlacionada com a subescala *eu tranquilizador* ($r = .34; p \leq .01$). Constata-se, pela análise dos coeficientes de correlação e do sentido da associação, que a promoção da autotranquilização e da autocompaixão se associa a mais comparação social positiva ou favorável. O contrário é verdadeiro para as formas *eu inadequado* e *eu detestado*, com níveis mais elevados de autocriticismo associados a níveis mais elevados de comparação social negativa ou desfavorável. Por fim, os *comportamentos de submissão* no adulto mostraram-se positiva e significativamente correlacionados com a subescala *eu inadequado* ($r = .37; p \leq .01$) e com a subescala *eu detestado* ($r = .41; p \leq .01$), com magnitudes de correlação a variarem de baixas a moderadas. De notar que a for-

ma *eu detestado* assume um valor de correlação moderado com a submissão no adulto, pelo que níveis elevados de autocrítica estão associados a níveis mais elevados de submissão no adulto. A associação dos *comportamentos de submissão* no adulto com a subescala *eu tranquilizador* mostrou-se baixa, negativa e estatisticamente significativa ($r = -.26; p \leq .01$) (cf. Tabela 5.6.), o que sugere que níveis elevados de autotranquilização e autocompaixão correspondem a menor submissão/subordinação.

Ranking Social e Psicopatologia

Os valores das correlações (cf. Tabela 5.3.) entre a *comparação social* e os sintomas psicopatológicos, avaliados pela EADS-42, foram significativos e negativos, com coeficientes de correlação muito fracos (*depressão*: $r = -.29; p \leq .01$ e *ansiedade*: $r = -.18; p \leq .01$). No que concerne aos *comportamentos de submissão*, os valores de correlação obtidos foram significativos, positivos e de magnitude fraca, com a subescala *depressão* ($r = .34; p \leq .01$) e com a subescala *ansiedade* ($r = .31; p \leq .01$), respetivamente. Consta-se que níveis mais elevados de comparação social favorecida correspondem a menor sintomatologia depressiva e ansiosa e que, quanto maior a manifestação de comportamentos de submissão, mais sintomas depressivos e ansiosos. Finalmente, a comparação social mostrou-se negativa e significativamente associada com os comportamentos de submissão, com níveis mais elevados de comparação social positiva a corresponderem a menor submissão no adulto.

2.3.4. Influência das memórias emocionais de Ameaça e Subordinação no desenvolvimento do Autocrítica e da Autocompaixão

O objetivo deste estudo é avaliar a influência das memórias de infância, nomeadamente, a perceção de experiências de ameaça e subordinação para o desenvolvimento do autocrítica e da autocompaixão. Para o efeito, realizou-se um modelo de regressão linear múltipla multivariada (RLMM), com recurso ao *software* Amos (versão 19). Pretendeu-se ajustar um modelo de regressão linear múltipla multivariada, de forma a analisar a significância das variáveis de controlo e a capacidade explicativa do modelo relativamente ao comportamento das variáveis dependentes. Foram efetuadas algumas análises preliminares dos dados com o objetivo de testar a violação dos pressupostos de normalidade. Algumas variáveis mostraram valores de teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) significativos. No entanto, as distribuições das variáveis não mostraram grandes enviesamentos ($Sk < |3|$; $Ku < |10|$), pelo que alguns autores consideram-nas próximas da distribuição normal (Kline, 1998). A análise dos *outliers* foi realizada mediante a DM^2 . Os *outliers* não foram retirados das análises porque poderiam conter informação relevante para o fenómeno em estudo. A representação gráfica do modelo RLMM proposto está ilustrada na Figura 5.4. As trajetórias não significativas foram individualmente eliminadas e o modelo reajustado até se obter o modelo final (cf. Figura 5.5.). Os modelos intermédios não são apresentados.

A representação gráfica do modelo final entre as formas do autocrítico e autotranquilização (variáveis dependentes) e as memórias emocionais de ameaça e submissão (variáveis independentes) encontra-se ilustrada na Figura 5.5. A Figura 5.5. apresenta, então, o modelo com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e dos R^2 das variáveis dependentes.

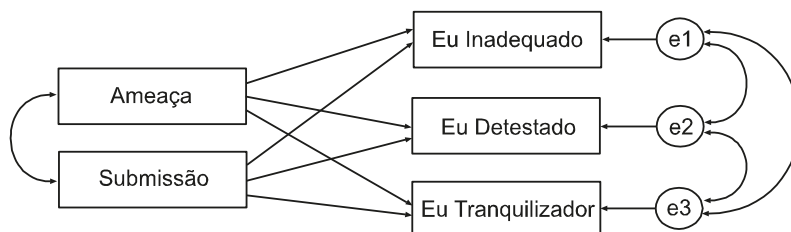


Figura 5.4. Influência das memórias emocionais negativas (ELES) nas formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS)

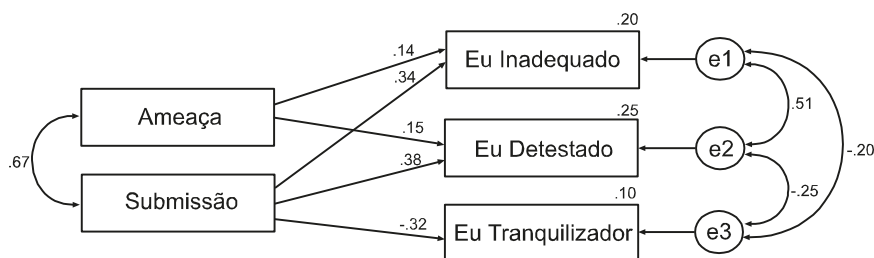


Figura 5.5. Modelo de regressão linear múltipla multivariada reajustado entre as formas do autocrítico e autotranquilização (FSCRS) e as memórias emocionais de ameaça e subordinação (ELES)

O modelo final explica 25%, 20% e 10% da variabilidade das variáveis dependentes *eu detestado*, *eu inadequado* e *eu tranquilizador*, respectivamente. As trajetórias *memórias de ameaça* → *eu inadequado* ($b_{\text{euinadeq.ameaça}} = .230$; $EP_b = .083$, $Z = 2.779$; $p = .005$; $\beta_{\text{euinadequado.ameaça}} = .14$), *memórias de ameaça* → *eu detestado* ($b_{\text{eudet.ameaça}} = .090$; $EP_b = .029$, $Z = 3.081$; $p = .002$; $\beta_{\text{eudet.ameaça}} = .15$), *memórias de submissão* → *eu inadequado* ($b_{\text{euinadeq.subm}} = 3.675$; $EP_b = .553$, $Z = 6.643$; $p < .001$; $\beta_{\text{euinadeq.subm}} = .34$), *memórias de submissão* → *eu detestado* ($b_{\text{eudet.subm}} = 1.517$; $EP_b = .196$, $Z = 7.753$; $p < .001$; $\beta_{\text{eudet.subm}} = .38$) e *memórias de submissão* → *tranquilizador* ($b_{\text{eutrang.subm}} = -2.976$; $EP_b = .380$, $Z = -7.832$; $p < .001$; $\beta_{\text{eutrang.subm}} = -.32$) mostraram-se estatisticamente significativas. Apenas a trajetória *memórias de ameaça* → *eu tranquilizador* ($b_{\text{eutrang.ameaça}} = -.048$; $EP_b = .077$, $Z = -.623$; $p = .533$; $\beta_{\text{eutrang.ameaça}} = -.034$) não se revelou estatisticamente significativa, pelo que foi removida. O teste às covariâncias entre 'e1 e e2' ($Z = 10.636$, $p < .001$; $r = .51$), 'e2 e e3' ($Z = -5.598$, $p < .001$; $r = -.25$) e 'e1 e e3' ($Z = -4.631$, $p < .001$; $r = -.20$) indicou que estas são estatisticamente significativas. A correlação entre as variáveis predictoras apresentou significância estatística ($r = .67$, $p < .001$). Este resultado sugere a possível existência de multicolinearidade. Contudo, nenhuma das variáveis predictoras

(ELES) apresentou valores de VIF > 5 (Kline, 2005; Maroco, 2010b).

Os resultados obtidos com esta análise de RLMM sugerem que, em termos globais, este tipo de memórias emocionais negativas, de ameaça e subordinação por parte das figuras parentais, são especialmente importantes para o desenvolvimento de um estilo autocrítico, focado quer em sentimentos de autopunição, repugnância e ódio pelo *eu* (*eu detestado*), quer em sentimentos de inadequação e inferioridade do *eu* (*eu inadequado*). Uma análise mais detalhada sugere que as memórias emocionais de subordinação/submissão têm um impacto maior do que as memórias emocionais de ameaça no desenvolvimento do *eu detestado* e do *eu inadequado*. Verifica-se, ainda, que este impacto é mais expressivo para o *eu detestado* do que para o *eu inadequado*. Assim, a influência significativa deste tipo de memórias emocionais precoces para o desenvolvimento do autocriticismo traduz-se no facto dos indivíduos com mais recordações de ameaça e particularmente de subordinação serem mais autocríticos, em que a relação interna com o *eu* é marcada mais pelo desejo de ataque, perseguição do *eu* e por sentimentos de autodesprezo e aversão. Estes dados convergem com estudos anteriores que ressaltaram a importância de determinado tipo de experiências precoces negativas para o desenvolvimento do autocriticismo e autoataque (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert et al., 2004; Koestner, Zuroff, & Powers, 1991; Schore, 1994; Zuroff, Igreja, & Mongrain, 1990; Zuroff, Koestner, & Powers, 1994). Pelo contrário, em relação ao *eu tranquilizador* apenas a recordação de experiências de subordinação por parte dos pais se revelou significativa. Isto sugere que este tipo de experiências tem um impacto diferencial no desenvolvimento do sistema de autotranquilização/*self-soothing*, distinto do sistema de processamento autocrítico/autoataque. Parece, então, que quando os pais controlam, criticam, envergonham, tratam os filhos como subordinados e são incapazes de gerar segurança e de transmitir confiança há uma subestimulação do sistema de afeto positivo de calor e tranquilização e uma ativação do sistema de ameaça-defesa. Inversamente, tem sido apontado na literatura que é a recordação de ser valorizado, amado e aceite pelos outros (memórias de calor e afeto) que facilita o desenvolvimento da capacidade de autotranquilização e autocompaixão, estratégia chave para a regulação da ameaça (Baldwin, 1992, 1997; Gilbert, 2005c; Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995; Trevarthen & Aiken, 2001).

2.3.5. Modelo explicativo da Psicopatologia e das variáveis de *Ranking Social*

Partindo da literatura e em conjunto com os nossos resultados, acima obtidos, o objetivo destes estudos era explorar o possível efeito mediador destes processos internos (autocriticismo e autocompaixão) na relação entre as memórias emocionais de ameaça e submissão/subordinação e a psicopatologia (e.g., depressão e ansiedade), a comparação social e os comportamentos de submissão. Concretamente, e no que concerne à ansiedade, o seu efeito particular nunca foi explorado. Assim, foi testado um modelo causal da recordação precoce

de experiências de ameaça e submissão/subordinação sobre os sintomas depressivos e ansiosos, a comparação social e os comportamentos de submissão no adulto mediado pelas formas do autocrítico e autotranquilização. Recorreu-se a modelos de trajetória (*Path Analysis*) para avaliar o efeito de mediação, considerado o melhor método para testar relações teóricas que pressupõem a estimação de relações causais hipotetizadas entre variáveis observadas. A mediação implica uma sequência de causa e efeito de X para M e de M para Y (Baron & Kenny, 1986; Maroco, 2010a; Tabachnick & Fidell, 2007). A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo *Método da Máxima Verossimilhança*. A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis (DM^2). Nenhuma variável apresentou valores de assimetria (Sk) e de curtose (Ku) indicadores de violações severas à distribuição normal (i.e., $Sk < |3|$; $Ku < |10|$) (Kline, 1998). Foram identificadas algumas observações suscetíveis de indicar observações *outliers*. As análises foram efetuadas com e sem a presença dessas observações, pelo que se decidiu da sua manutenção dado constituírem fonte de variabilidade de interesse para o fenómeno em estudo. A significância dos efeitos indiretos foi avaliada mediante reamostragem *Bootstrap*⁴. A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, a saber: χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA, p [rmsea $\leq .05$] (Maroco, 2010a).

2.3.5.1. O Efeito mediador do Autocrítico/Autocompaixão na relação entre as memórias emocionais de Ameaça e Subordinação e a Depressão

Explorou-se, de seguida, o efeito de cinco variáveis nos sintomas depressivos: recordações de *ameaça* percebida e de sentimentos de *submissão/subordinação* durante a infância, *eu inadequado*, *eu detestado* e *eu tranquilizador*. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 5.6.), as memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância são consideradas variáveis exógenas independentes, sendo a sua variabilidade determinada por variáveis não consideradas no modelo; as formas de autocrítico e autotranquilização são tidas como variáveis endógenas mediadoras e, finalmente, a depressão é considerada uma variável endógena dependente. A sua variabilidade é explicada em parte pelas variáveis exógenas e/ou pelas outras variáveis endógenas do modelo. A proporção das variáveis endógenas não explicada pelas relações causais hipotéticas do modelo constitui os erros de variabilidade não explicada. O sentido das setas nas linhas retas indica o sentido da relação causa-efeito entre as variáveis, e o segmento curvilíneo com duas setas nas extremidades indica apenas a correlação entre as variáveis sem qualquer tipo de relação causa-efeito associada. A intensidade da relação entre

⁴ O método de reamostragem *Bootstrap* permite elucidar a distribuição amostral de um determinado parâmetro por reamostragem, de um grande número de amostras, com reposição, da amostra original e com a mesma dimensão desta (Maroco, 2010b). Constitui um método de elevada precisão, livre de qualquer pressuposto sobre as variáveis, à exceção da amostra representar convenientemente a população do estudo.

as variáveis é dada pelos coeficientes de trajetória (*path coefficients*), coeficientes estes que são estimados pelos coeficientes de regressão estandardizados, também designados por Betas (β) (Maroco, 2010b). Nas Figuras 5.6. e 5.7. são apresentados os coeficientes de regressão estandardizados. Os ‘erros’ ou ‘resíduos’ das variáveis endógenas mediadoras (formas do autocriticismo e autotranquilização) foram correlacionados entre si. A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, a saber: χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA, p [rmsea $\leq .05$] (Maroco, 2010a). Os pressupostos para esta análise foram testados através da utilização do *software* Amos (versão 19; SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está na Figura 5.6.

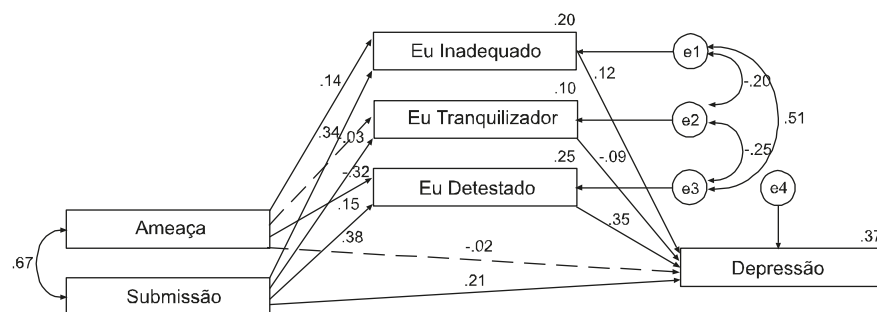


Figura 5.6. Impacto das memórias de ameaça e submissão (ELES) e do autocriticismo e autotranquilização (FSCRS) na depressão (EADS-42)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo proposto resultou no redesenho do modelo, com a eliminação das trajetórias que não apresentaram uma contribuição significativa ($p < .05$). Nesse sentido, eliminaram-se as seguintes trajetórias: das *memórias de ameaça* sobre a *depressão* ($b_{\text{ameaça.depressão}} = -.034$; $EP_b = .072$, $Z = -.469$; $p = .639$; $\beta_{\text{ameaça.depressão}} = -.022$) e das *memórias de ameaça* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{ameaça.eutranq}} = -.048$; $EP_b = .077$, $Z = -.623$; $p = .533$; $\beta_{\text{ameaça.eutranq}} = -.034$). Aquando da eliminação individual de cada trajetória não significativa analisou-se cada modelo até à obtenção do modelo final reajustado. A Tabela 5.4. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da depressão.

O modelo final ajustado explica 37% da variabilidade da *depressão*. A recordação de *ameaça* percebida apresentou um efeito total estandardizado de $\beta = .068$ sobre a *depressão*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].028; .112[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .003$. O efeito indireto sobre a *depressão* mediado pelo *eu inadequado* é de .016 ($\beta = .140 \times .115$), correspondendo a 24% ($.016/.068 = .235$) do efeito total das recordações de *ameaça* percebida sobre os *sintomas depressivos*. Isto sugere que os indivíduos que se recordam de se sentirem assustados com os

comportamentos e atitudes dos pais e que o autocrítica se foca nas imperfeições e inadequações do *eu* estão mais deprimidos. Este tipo de memórias emocionais precoces apresentou também um efeito indireto sobre a *depressão* mediado pelo *eu detestado* de .052 ($\beta = .149 \times .350$), o que mostra que os indivíduos que possuem recordações de ameaça e medo por parte dos pais e são autocríticos com sentimentos de autorrepugnância e ódio pelo *eu* apresentam mais sintomatologia depressiva. Este efeito indireto corresponde a 76% ($.052/.068 = .764$) do efeito total das recordações de ameaça percebida sobre a depressão. O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites].028; .112[sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .003$.

Tabela 5.4. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da depressão

			Estimativas	EP	Z	p
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Ameaça na infância (ELES)	.140	.083	2.779	.005
Eu Detestado (FSCRS)	←	Ameaça na infância (ELES)	.149	.029	3.081	.002
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Submissão na infância (ELES)	.339	.553	6.643	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Submissão na infância (ELES)	-.318	.380	-7.832	***
Eu Detestado (FSCRS)	←	Submissão na infância (ELES)	.383	.196	7.753	***
Depressão (EADS-42)	←	Eu Detestado (FSCRS)	.350	.120	7.564	***
Depressão (EADS-42)	←	Submissão na infância (ELES)	.205	.416	5.104	***
Depressão (EADS-42)	←	Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.088	.041	-2.361	.018
Depressão (EADS-42)	←	Eu Inadequado (FSCRS)	.115	.042	2.576	.010

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas de Autocrítica e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; ELES = Escala de Experiências de Vida na Infância.

Em relação às memórias emocionais de *submissão/subordinação*, o modelo obtido mostrou um efeito total de $\beta = .406$ sobre a *depressão*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].324; .473[sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .002$. O efeito direto das recordações de submissão/subordinação na *depressão* é de $\beta = .205$, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].116; .277[sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .002$. E o efeito indireto mediado pelo *eu inadequado* é de .039 ($\beta = .339 \times .115$), representando 10% ($.039/.406 = .096$) do efeito total da recordação deste tipo de experiências de subordinação na infância sobre os sintomas depressivos. Foi possível identificar também um efeito indireto deste tipo de recordações negativas precoces sobre a *depressão* mediada pelo *eu detestado* de .134 ($\beta = .383 \times .350$), correspondendo a 33% ($.134/.406 = .330$) do efeito total das memórias emocionais de *subordinação* sobre a *depressão*. Finalmente, o modelo obtido permitiu ainda identificar um efeito indireto das memórias emocionais de subordinação na depressão mediado pelo *eu tranquilizador* de .028 ($\beta = -.318 \times -.088$) que corresponde a 7% ($.028/.406 = .068$) do efeito total deste tipo de recordação negativa na infância sobre a *depressão*. De acordo com o método de reamostragem *Bootstrap* enquadrado para um I.C. a 95% com limites de].150; .255[, estes efeitos indiretos revelaram-se estatisticamente significativos, diferente de zero para $p = .001$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajusta-

mento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = .608$, $p = .738$; CFI = 1.00; TLI = 1.01; RMSEA = .000; $p [rmsea \leq .05]$). O modelo final é apresentado na Figura 5.7.

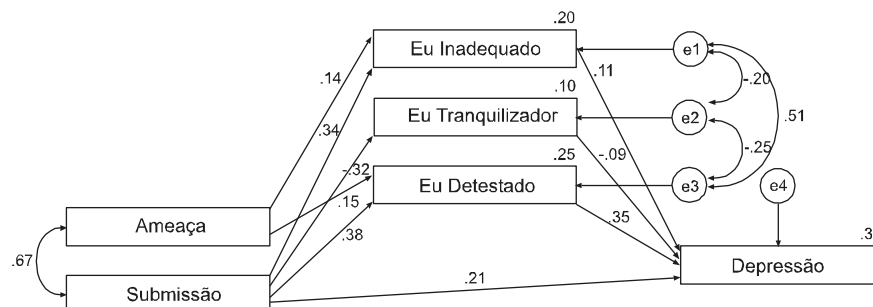


Figura 5.7. Modelo final de mediação das formas do autocrítica e autotranquilização (FSCRS) sobre a depressão (EADS-42)

2.3.5.2. O Efeito mediador do Autocrítica/Autocompaixão na relação entre as memórias emocionais de Ameaça e Subordinação e a Ansiedade

Para a realização deste estudo, foi testado um modelo causal das memórias emocionais negativas de ameaça e de subordinação na ansiedade mediado pelas formas do autocrítica e autotranquilização. Nenhuma das variáveis em estudo apresentou valores de assimetria (Sk) e curtose (Ku) indicadores de violações severas à distribuição normal. Algumas observações com valores de p_1 e p_2 ($< .05$) sugestivos de serem possíveis *outliers* foram mantidos pela fonte de variabilidade que acrescentam ao fenómeno em estudo. A avaliação da significância dos coeficientes de regressão efetuou-se pela estimação dos parâmetros, através do Método da Máxima Verossimilhança implementado no *Software Amos* (versão 19). No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 5.8.), as memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância são consideradas variáveis exógenas independentes; as formas de autocrítica e autotranquilização são variáveis endógenas mediadoras e, finalmente, a ansiedade é considerada uma variável endógena dependente. Nesta análise, os ‘erros’ ou ‘resíduos’ das variáveis endógenas mediadoras (formas do autocrítica e autotranquilização) foram correlacionados entre si. A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.8.

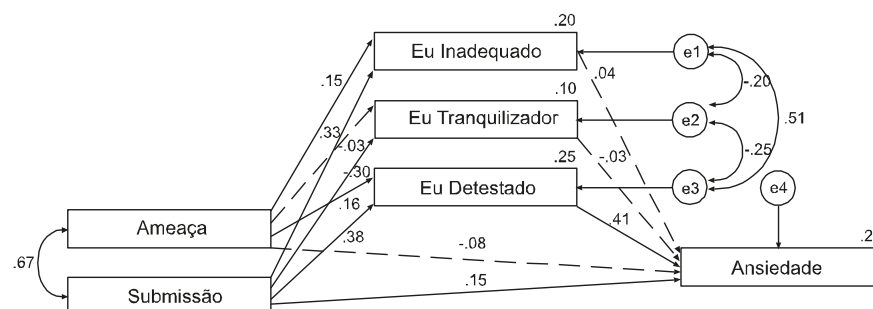


Figura 5.8. Impacto das memórias de ameaça e submissão (ELES) e do autocrítica e autotranquilização (FSCRS) na ansiedade (EADS-42)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo proposto resultou na eliminação de algumas trajetórias que não se mostraram significativas, nomeadamente: das memórias de *ameaça* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{eu tranq.ameaça}} = -.048$; $EP_b = .077$, $Z = -.623$; $p = .533$; $\beta_{\text{ameaça.eu tranq}} = -.034$), do *eu inadequado* sobre a *ansiedade* ($b_{\text{ansiedade.eu inadeq}} = .030$; $EP_b = .042$, $Z = .721$; $p = .471$; $\beta_{\text{ansiedade.eu inadeq}} = .035$), do *eu tranquilizador* sobre a *ansiedade* ($b_{\text{ansiedade.eu tranq}} = -.037$; $EP_b = .040$, $Z = -.913$; $p = .361$; $\beta_{\text{ansiedade.eu tranq}} = -.037$) e das *memórias de ameaça* sobre a *ansiedade* ($b_{\text{ansiedade.ameaça}} = -.114$; $EP_b = .071$, $Z = -1.607$; $p = .108$; $\beta_{\text{ansiedade.ameaça}} = -.081$). Estas trajetórias foram removidas individualmente e os modelos intermédios reanalisados até ao modelo final. A Tabela 5.5. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da ansiedade.

Tabela 5.5. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da ansiedade

			Estimativas	EP	Z	p
Eu Detestado (FSCRS)	←	Ameaça na infância (ELES)	.149	.029	3.082	.002
Eu Detestado (FSCRS)	←	Submissão na infância (ELES)	.383	.196	7.753	***
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Ameaça na infância (ELES)	.140	.083	2.779	.005
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Submissão na infância (ELES)	.339	.553	6.643	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Submissão na infância (ELES)	-.318	.380	-7.832	***
Ansiedade (EADS-42)	←	Eu Detestado (FSCRS)	.427	.100	9.999	***
Ansiedade (EADS-42)	←	Submissão na infância (ELES)	.110	.397	2.578	.010

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; ELES = Escala de Experiências de Vida na Infância.

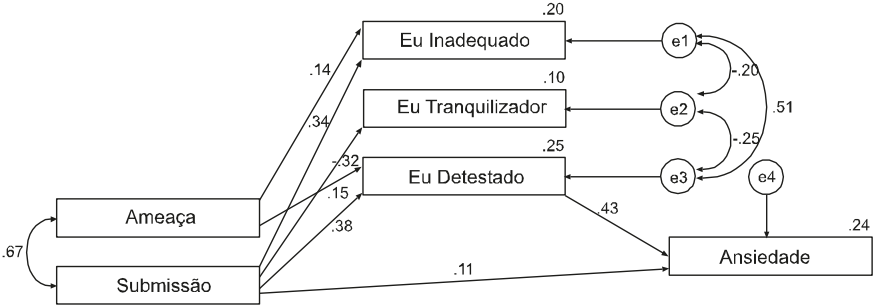


Figura 5.9. Modelo final de mediação das formas do autocriticismo e autotranquilização (FSCRS) sobre a ansiedade (EADS-42)

O modelo final ajustado explica 24% da variabilidade da ansiedade. A variável recordação de *ameaça* percebida na infância apresentou um efeito total de .064 sobre a *ansiedade*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].025; .107[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .003$. Esta experiência na infância apresentou ainda um efeito indireto mediado pelo *eu detestado* de .064 ($\beta = .149 \times .427$), o que sugere os indivíduos com este tipo de recordações e que têm um estilo autocrítico focado num desejo de autopunição e sentimentos de autodesprezo e aversão pelo *eu* apresentam

mais sintomatologia ansiosa. Este efeito representa 100% ($.064/.064 = 1.00$) do efeito total das memórias emocionais de *ameaça* na infância sobre a *ansiedade*.

Por sua vez, no que respeita às memórias emocionais de *submissão/subordinação* o modelo obtido mostrou um efeito total de .273 sobre a *ansiedade* com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].185; .352[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$, sendo o efeito direto de $\beta = .110$. A significância estatística deste efeito direto enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].025; .191[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .010$. A recordação de experiências de *subordinação/submissão* apresentou também um efeito indireto sobre a *ansiedade* mediado pelo *eu detestado* de .163 ($\beta = .383 \times .427$), correspondendo a 60% ($.163/.273 = .597$) do efeito total das memórias emocionais de subordinação sobre a ansiedade. A significância estatística dos efeitos indiretos foi efetuado de novo com o método de reamostragem *Bootstrap*, enquadrado para um I.C. a 95% com limites de $].114; .217[$, sendo estatisticamente diferentes de 0 para $p = .001$. O modelo permitiu ainda identificar três efeitos diretos entre as memórias de *ameaça* e o *eu inadequado* ($\beta = .140$), para um I.C. a 95 com limites de $].043; .239[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .004$; as memórias de *submissão/subordinação* e o *eu inadequado* ($\beta = .339$), para um I.C. a 95 com limites de $].243; .436[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .001$; e as memórias de *submissão/subordinação* e o *eu tranquilizador* ($\beta = -.318$), para um I.C. a 95 com limites de $]-.391; -.238[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. Na Figura 5.9., o modelo final é apresentado, ilustrando o modelo com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da ansiedade. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 4.311, p = .366$; CFI = 1.00; TLI = .999; RMSEA = .012; $p [rmsea \leq .05]$).

2.3.5.3. O efeito mediador do Autocriticismo/Autocompaixão na relação entre as memórias emocionais de Ameaça e Subordinação e a Comparação Social

Seguindo o mesmo padrão de análise, foi analisado o efeito das cinco variáveis no estudo da comparação social: memórias emocionais negativas de ameaça e de *submissão/subordinação* e as formas do autocriticismo/autotranquilização. Mais uma vez, os pressupostos da normalidade uni ou multivariada e da existência de *outliers* foram analisados. Os valores obtidos de assimetria (Sk) e de curtose (Ku) uni e multivariada não evidenciaram graves enviesamentos. Apesar de se terem identificado algumas observações extremas (com recurso à DM^2), decidiu-se pela sua manutenção. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 5.10.), as memórias emocionais de ameaça e de subordinação/submissão na infância são consideradas variáveis exógenas independentes; as formas de autocriticismo/autotranquilização são as variáveis endógenas mediadoras e, por fim, a comparação social é considerada

uma variável endógena dependente. Como nos estudos anteriores, correlacionaram-se os ‘erros’ ou ‘resíduos’ das variáveis endógenas mediadoras (formas do autocriticismo e auto-tranquilização). A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.10.

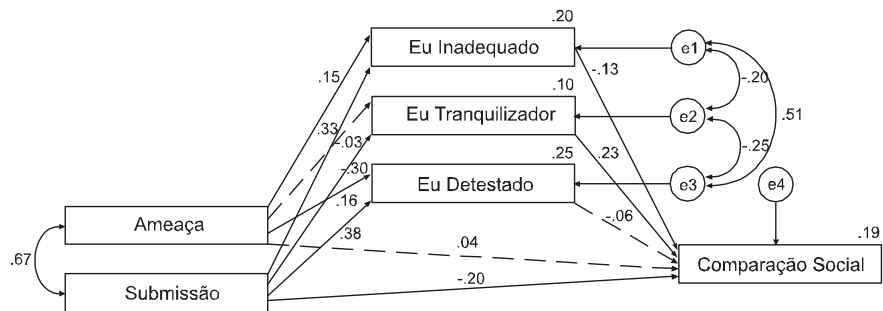


Figura 5.10. Impacto das memórias de ameaça e submissão (ELES) e do autocriticismo e autotranquilização (FSCRS) na comparação social (ECS)

Tabela 5.6. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da comparação social

		Estimativas	EP	Z	p
Eu Inadequado (FSCRS)	← Ameaça na infância (ELES)	.140	.083	2.779	.005
Eu Inadequado (FSCRS)	← Submissão na infância (ELES)	.339	.553	6.643	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	← Submissão na infância (ELES)	-.318	.380	-7.832	***
Eu Detestado (FSCRS)	← Ameaça na infância (ELES)	.149	.029	3.082	.002
Comparação Social (ECS)	← Submissão na infância (ELES)	-.188	.958	-4.298	***
Eu Detestado (FSCRS)	← Submissão na infância (ELES)	.383	.196	7.753	***
Comparação Social (ECS)	← Eu Tranquilizador (FSCRS)	.235	.097	5.661	***
Comparação Social (ECS)	← Eu Inadequado (FSCRS)	-.155	.088	-3.558	***

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização; ECS = Escala de Comparação Social; ELES = Escala de Experiências de Vida na Infância.

As trajetórias que não mostraram uma contribuição significativa foram individualmente eliminadas, a saber: das memórias de *ameaça* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{eu tranq.ameaça}} = -.048$; $EP_b = .077$, $Z = -.623$; $p = .533$; $\beta_{\text{eu tranq.ameaça}} = -.034$), das memórias de *ameaça* sobre a *comparação social* ($b_{\text{ECSTotal.ameaça}} = .116$; $EP_b = .173$, $Z = .673$; $p = .501$; $\beta_{\text{ECSTotal.ameaça}} = .035$) e do *eu detestado* sobre a *comparação social* ($b_{\text{ECSTotal.eudetestado}} = -.334$; $EP_b = .288$, $Z = -1.161$; $p = .246$; $\beta_{\text{ECSTotal.eudetestado}} = -.061$). Foram reajustados os modelos intermédios e analisados até à obtenção um modelo final, mais parcimonioso. A Tabela 5.6. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da comparação social.

O modelo final ajustado explica 19% da variabilidade da comparação social. A recordação de *ameaça* percebida na infância apresentou um efeito total de -.022 sobre a *comparação social* com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $]-.049; -.006[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .004$. O seu efeito

indireto sobre a *comparação social* mediado pelo *eu inadequado* é de $-.022$ ($\beta = .140 \times -.155$), o que sugere que os indivíduos que se recordam de se sentirem assustados com os comportamentos e atitudes dos pais e que o autocrítico se foca nas imperfeições e inadequações do *eu* estão mais predispostos a compararem-se negativamente com os outros. Este efeito representa 100% ($-.022 / -.022 = .100$) do efeito total das recordações de ameaça percebida sobre a comparação social. Em relação às memórias emocionais de *submissão/subordinação*, o modelo obtido mostrou um efeito total de $-.316$ sobre a *comparação social*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $[-.393; -.237]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$; sendo o efeito direto de $\beta = -.188$, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $[-.275; -.102]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito indireto, mediado pelo *eu inadequado*, de $-.053$ ($\beta = .339 \times -.155$), representando 17% ($-.053 / -.316 = .167$) do efeito total da recordação de experiências de *subordinação/submissão* na infância sobre a *comparação social*. As memórias emocionais de *submissão/subordinação* na infância mostraram também um efeito indireto sobre a *comparação social* mediado pelo *eu tranquilizador* de $-.075$ ($\beta = -.318 \times .235$), representando 24% ($-.075 / -.316 = .237$) do efeito total da recordação de experiências de *subordinação/submissão* na infância sobre a *comparação social*. O teste de significância estatística dos efeitos indiretos efetuado através de reamostragem *Bootstrap* enquadrada com um I.C. a 95% com limites de $[-.181; -.091]$, mostrou que estes efeitos indiretos são estatisticamente diferentes de 0 para $p = .000$. O modelo permitiu ainda identificar dois efeitos diretos entre as memórias de *ameaça* e o *eu detestado* ($\beta = .149$), para um I.C. a 95% com limites $[.055; .244]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .002$; e entre as memórias de *submissão/subordinação* e o *eu detestado* ($\beta = .383$), para um I.C. a 95% com limites $[.287; .475]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 2.187$, $p = .534$; CFI = 1.000; TLI = 1.004; RMSEA = .000; $p [rmsea \leq .05]$). A Figura 5.11. representa o modelo final ajustado.

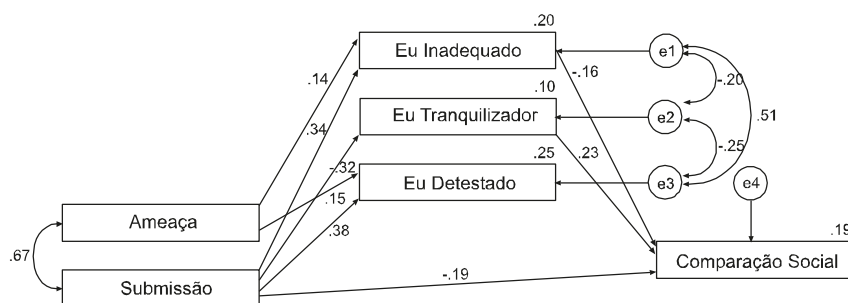


Figura 5.11. Modelo final de mediação das formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) sobre a comparação social (ECS)

2.3.5.4. O Efeito mediador do Autocriticismo/Autocompaixão na relação entre as memórias emocionais de Ameaça e Subordinação e os comportamentos de Submissão

Finalmente, e na mesma linha dos estudos anteriores, foi testado um modelo causal da recordação de experiências de submissão/subordinação na infância nos comportamentos de submissão mediado pelas formas do autocriticismo e autotranquilização. Neste estudo, utilizou-se apenas a subescala *memórias de submissão /subordinação* na infância, avaliada pela ELES, por ser a experiência precoce relacional que apresenta correlações mais expressivas com as variáveis em estudo, em particular com a variável endógena dependente (comportamentos de submissão no adulto). Por outro lado, a literatura também aponta como a experiência de *ranking* com as figuras parentais que está mais relacionada com o autocriticismo (e vergonha) e comportamentos defensivos submissos (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 2000d; Gilbert & Allan, 1994; Gilbert et al., 2003). Assim, e como já referido nos pontos anteriores, a significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo Método da Máxima Verossimilhança. Os restantes pressupostos exigidos foram também avaliados. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 5.12.), as memórias emocionais de ameaça e de subordinação na infância são consideradas variáveis exógenas independentes; as formas de autocriticismo e autotranquilização são variáveis endógenas mediadoras e, por último, os comportamentos de submissão no adulto são considerados variáveis endógenas dependentes.

A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.12.

Pela análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e da respetiva significância no modelo proposto eliminaram-se as trajetórias não significativas, a saber: do *eu tranquilizador* sobre os *comportamentos de submissão* ($b_{SBST.eutranq} = -.007$; $EP_b = .004$, $Z = -1.851$; $p = .064$; $\beta_{SBST.eutranq} = -.075$). Obteve-se um modelo final, mais parcimonioso. A Tabela 5.7. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo dos comportamentos de submissão no adulto.

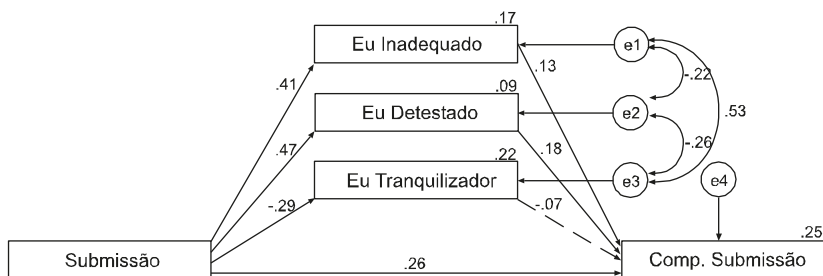


Figura 5.12. Impacto das memórias de submissão/subordinação (ELES) e do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS) nos comportamentos de submissão (SBS)

Tabela 5.7. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo dos comportamentos de submissão

			Estimativas	EP	Z	p
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Submissão na infância (ELES)	.412	.429	10.560	***
Eu Detestado (FSCRS)	←	Submissão na infância (ELES)	.472	.152	12.509	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Submissão na infância (ELES)	-.295	.389	-7.202	***
Comp. Submissão (SBS)	←	Eu Detestado (FSCRS)	.193	.011	3.869	***
Comp. Submissão (SBS)	←	Submissão na infância (ELES)	.274	.037	6.392	***
Comp. Submissão (SBS)	←	Eu Inadequado (FSCRS)	.137	.004	2.844	.004

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização; SBS = Escala de Comportamentos de Submissão; ELES = Escala de Experiências de Vida na Infância.

O modelo final ajustado explica 24% da variabilidade dos comportamentos de submissão. As memórias emocionais de *submissão/subordinação* na infância, apresentaram um efeito total de .422 sobre os *comportamentos de submissão* no estado adulto, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites [.354; .492], sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. Foi encontrado um efeito direto de $\beta = .274$, para um I.C. a 95% com limites [.178; .388], estatisticamente diferente de zero para $p = .001$; sendo o efeito indireto, mediado pelo *eu inadequado*, de .056 ($\beta = .412 \times .137$), representando 13% ($.056/.422 = .132$) do efeito total da recordação de experiências de *submissão/subordinação* na infância sobre os *comportamentos de submissão* no adulto. As recordações de *submissão/subordinação* na infância apresentaram também um efeito indireto sobre os *comportamentos de submissão* mediado pelo *eu detestado* de .091 ($\beta = .472 \times .193$), correspondendo 22% ($.091/.422 = .216$) do efeito total da recordação de experiências de *submissão/subordinação* na infância sobre os *comportamentos de submissão* no adulto. De acordo com o método de reamostragem *Bootstrap* enquadrado para um I.C. a 95% com limites de [.103; .193], estes efeitos indiretos revelaram-se estatisticamente significativos, diferente de zero para $p = .001$. O modelo permitiu ainda identificar um efeito direto significativo entre as memórias de *submissão/subordinação* na infância e o *eu tranquilizador* ($\beta = -.295$), para um I.C. a 95% com limites [-.393; -.240], sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 3.416$, $p = .065$; CFI = .996; TLI = .963; RMSEA = .067; $p [rmsea \leq .05]$). O modelo final é apresentado na Figura 5.13., que ilustra o modelo com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 dos comportamentos de submissão.

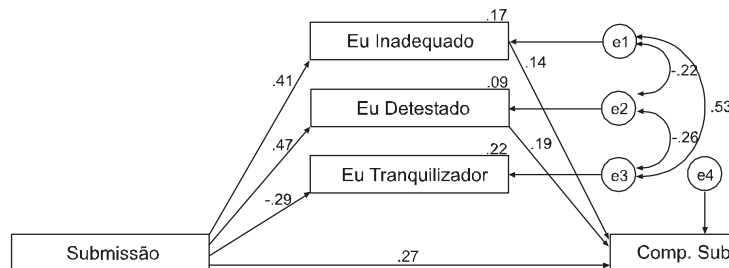


Figura 5.13. Modelo final de mediação das formas do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS) sobre os comportamentos de submissão (SBS)

2.4. Discussão

É consensual para a maioria dos investigadores e das abordagens teóricas (e.g., psicodinâmica, aprendizagem social, cognitiva, evolucionária) que a qualidade das relações precoces entre a criança e as figuras de vinculação assume um papel crucial, pela sua função mediadora na relação entre as experiências negativas na infância e a psicopatologia na idade adulta. Quando a relação entre a criança e os pais se caracteriza pela ameaça e hostilidade e pela diminuição do seu estatuto social e subordinação, ou seja, por uma relação de poder, de dominação-subordinação, a consequência para a criança é a perda do sentido de segurança e proteção, o aparecimento de dificuldades na regulação emocional e a sobre-estimulação do sistema de defesa-ameaça (Gilbert, 1989, 2000e, 2005c; Gilbert et al., 2003). Outra consequência associada é a construção de modelos internos do *eu* negativos e a visão dos outros como não disponíveis, imprevisíveis, maus e hostis, sendo também responsável pela ativação de padrões psicobiológicos relacionados com o sistema de defesa (Bowlby, 1988; Gilbert, 2005c; Mikulincer & Shaver, 2005, 2007; Schore, 1994, 2001). Por outro lado, esta criança que se sente ameaçada e que se recorda de ter sido subordinada pelos pais na infância e/ou adolescência está mais vulnerável a deprimir, aos ataques e rejeição dos outros, a comparar-se negativamente com os outros, a experienciar vergonha e a manifestar comportamentos de submissão defensiva (Allan & Gilbert, 1998f; Gilbert, 1993; Gilbert et al., 2002; Sloman & Atkinson, 2000). Além disso, diversos estudos têm evidenciado que o autocríticismo percorre uma série de perturbações, constituindo um fator importante para o desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Gilbert et al., 2004; Gilbert & Irons, 2006; Gilbert, Boxall, Cheung, & Irons, 2005), com especial destaque para a depressão, sendo o foco de muitas abordagens terapêuticas (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert, 2009d; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Kelly, Zuroff, & Shapira, 2009; Zuroff, Santor, & Mongrain, 2005).

Face à pertinência destes resultados encontrados na literatura e à existência ainda de algumas lacunas, no que concerne à compreensão da génese do autocríticismo e autocompaixão e da sua implicação para a psicopatologia e *ranking* social, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre as memórias emocionais de ameaça e submissão/subordinação na infância, as formas do autocríticismo e autotranquilização, os sintomas depressivos e ansiosos, a comparação social e os comportamentos de submissão.

O estudo de natureza correlacional mostrou que as memórias emocionais de ameaça e submissão/subordinação na infância se associam significativamente às formas do autocríticismo e autotranquilização. Os coeficientes de correlação mostraram-se mais expressivos com a recordação de experiências de submissão/ subordinação na infância, e em particular com a forma *eu detestado*. Na globalidade, os dados sugerem que os indivíduos que se recordam de experiências de ameaça e de subordinação/submissão com as figuras parentais na infância tendem a ser mais autocríticos e, por oposição, menos autotranquilizadores e autocompassi-

vos. Especificamente, parece ser a recordação de experiências de subordinação/submissão pelos pais, corporizada em sentimentos de se ser coagido a adotar comportamentos de subordinação involuntária ou indesejada, que mais se associa a um processamento autocrítico, focado quer em sentimentos de autorrepugnância, desprezo e ódio pelo *eu* e no desejo de perseguir e punir o *eu* (*eu detestado*), quer em sentimentos de inferioridade, inadequação e defeito pelo *eu* (*eu inadequado*). Apesar das recordações de ameaça e medo dos pais na infância se mostrarem negativa e significativamente associadas com a autotranquilização, é a recordação da necessidade de se comportar de forma submissa em relação aos pais que apresenta coeficientes de correlação mais expressivos. Isto sugere que a autotranquilização está ligada a outro tipo de experiências precoces relacionais, que pressupõem a ausência de atitudes e comportamentos de poder e dominância (subordinação) e de ameaça, hostilidade e rejeição por parte das figuras parentais. Os nossos resultados estão de acordo com a literatura, apontando para a relação importante entre as memórias emocionais de *ranking* (ameaça e dominância-subordinação) no seio familiar e a emergência de esquemas interpessoais (o *eu* em relação com o outro) que estão na base das avaliações e experiências internas (*eu-eu*), como o autocriticismo e a autocompaixão (Baldwin, 1992, 2005; Blatt & Homann, 1992; Gilbert et al., 2003; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006; Koestner et al., 1991; Safran, 1998; Safran & Segal, 1990; Thompson & Zuroff, 1999). Assim, a ideia chave destes resultados é a constatação de que os indivíduos que se recordam de se sentirem subordinados e ameaçados pelos pais tendem a ser mais autocríticos, quando as coisas correm mal e fracassam ou quando não atingem objetivos valorizados. O contrário é verdadeiro para a autotranquilização, ou seja, os indivíduos que têm este tipo de memórias precoces tendem a ser mais autocompassivos, tranquilizadores e apoiantes consigo próprios, em situações de *stress* e de fracasso. Portanto, e à luz da Teoria das Mentalidades Sociais, os indivíduos autocríticos têm uma relação interna *eu-eu* hostil de dominância-subordinação sobredesenvolvida ligada a memórias dos outros como hostis, críticos e duros, abusivos e negligentes. A sua forma de estar no mundo assenta numa base e orientação defensiva, o mundo é percecionado como hostil e perigoso e as respostas, face à ameaça, são ativadas rapidamente. Estes indivíduos têm vias cerebrais relacionadas com o sistema de regulação de afeto positivo (sistema de *soothing* e de vinculação) subdesenvolvidas e subestimuladas (Gilbert, 2000c, 2005b). A causa parece ser a experiencição de falhas e disrupções nas interações precoces com as figuras parentais, comprometedoras de uma vinculação segura (ausência de comportamentos de carinho, tranquilização, suporte e de *'mirroring'* por parte dos pais) (Gerhardt, 2004; Gilbert, 2005b; Gillath, Shaver, & Mikulincer, 2005; Mikulincer & Shaver, 2005). As memórias emocionais de ameaça e subordinação/submissão mostraram-se significativamente correlacionadas com os sintomas depressivos e ansiosos, em que a associação é mais expressiva quando a recordação se foca na evocação de memórias de comportamentos dominadores e de subjugação por parte

dos pais e de sentimentos de subordinação/submissão indesejada. Obteve-se o mesmo padrão em relação à comparação social e aos comportamentos de submissão no adulto, em que são particularmente as recordações de se ser subordinado involuntariamente pelos pais que estão mais associadas à comparação social negativa com os outros e aos comportamentos de submissão. Isto é, os indivíduos que se recordam de se terem sentido ameaçados e, sobretudo, subordinados na infância tendem a compararem-se socialmente de forma mais desfavorecida com os outros e a verem-se como mais subordinados, adotando uma série de comportamentos de submissão defensivos. Mais ainda, como esperado, a comparação social mostrou-se negativa e significativamente associada com os sintomas depressivos e ansiosos. Por último, os comportamentos de submissão no adulto mostraram-se positivamente associados com os sintomas depressivos e ansiosos.

De seguida, procurou-se perceber que memórias emocionais de ameaça e submissão/subordinação contribuem para o aparecimento do autocrítico e da autocompaixão. Os resultados encontrados com a RLMM corroboram as hipóteses definidas. De facto, recordações precoces de ameaça e particularmente de sentimentos de subordinação involuntária ou indesejada forçada pelos pais na infância influenciam significativamente o desenvolvimento do autocrítico e da autotranquilização. Mais concretamente, este tipo de memórias emocionais negativas (subordinação, condenação e criticismo) contribui para que os indivíduos desenvolvam uma relação interna crítica de ataque-submissão, pautada sobretudo pelo desejo de magoar e punir o *eu* e por sentimentos de autodesprezo e ódio pelo *eu* (*eu detestado*) e por sentimentos de inadequação e inferioridade pelo *eu* (*eu inadequado*). Por outro lado, contribuem também para a incapacidade em gerar atitudes e ações positivas e calorosas para com o *eu* (autotranquilização), perante situações de fracasso e de erro. Ainda em relação a este resultado, a literatura tem reforçado a ideia de que memórias internas dos outros como tranquilizadores, apoiantes, amáveis e que perdoam estimulam o sistema de calor/*soothing*, facilitando a aprendizagem de um esquema relacional ‘o *eu* capaz de ser amado’ que, recrutado para a relação interna do *eu* com o *eu*, permitirá o aparecimento de sentimentos de calor, bondade e suporte, fundamentais para a regulação de ameaça e do sentimento de segurança e contentamento (Baldwin, 1992, 1997; Gilbert, 2005b, 2009e; Gilbert et al., 2006; Gillath et al., 2005; Trevarthen & Aiken, 2001). O que é interessante perceber com estes resultados é que a criança, neste tipo de contexto ameaçador e não seguro, utiliza, defensivamente, estratégias focadas no poder e ameaça dos outros, mais adaptativas. O seu sistema condicionado de defesa vai atuar como um sistema de aviso (alarme) rápido que sinalizará quando deverá ser medrosamente submisso. E é neste sentido que o autocrítico constitui um esforço defensivo para acalmar o *eu* e o outro em situações de conflito (Blatt & Zuroff, 1992; Forrest & Hokanson, 1975; Gilbert, 2000c, 2007c; Gilbert et al., 2003, 2004; Gilbert & Irons, 2005; Koestner et al., 1991; Sloman, Gilbert, & Hasey, 2003; Thompson &

Zuroff, 1999). A ativação rápida da defesa submissa tem origem nas estratégias implícitas e não conscientes que enviam para a autoacusação, mais que para avaliações objetivas da situação ou dos comportamentos dos outros. Poderá ser muito ameaçador culpar os pais pelo seu comportamento áspero e hostil e vê-los como maus, sendo mais seguro culpar o *eu* (autocriticismo) e monitorizar o comportamento para não despertar a sua agressão (raiva) e rejeição (Bowlby, 1980; Ferster, 1973; Gilbert, 2005d; Gilbert et al., 2003; Holt, 1985). Os nossos resultados estão de acordo com diversos estudos que evidenciam que as memórias emocionais de interação *eu-outros* são cruciais para a autoidentidade, esquemas relacionais e relação com os outros e ainda para a regulação emocional (Baldwin, 2005; Baldwin et al., 1996; Mikulincer & Shaver, 2005; Pinto-Gouveia & Matos, 2011; Schore, 2001). Por outro lado, a internalização destas experiências contribui para a avaliação do *eu* no mesmo sentido que os outros fizeram (Gilbert et al., 2006; Tracy & Robins, 2004), levando a autoavaliações e sentimentos negativos, parcialmente relacionados com as audiências imaginárias criadas através das experiências interpessoais (Baldwin, 1997; Gilbert, 2007c; Gilbert et al., 2003). Assim, o autocriticismo desenvolve-se a partir de ecologias hostis, ou seja, de experiências punitivas (ameaça, subordinação e ausência de calor emocional) com as figuras parentais. Os dados obtidos suportam empiricamente a Teoria das Mentalidades Sociais e de *Ranking Social* (Gilbert, 1998b, 2000d, 2005d, 2007c).

Os resultados obtidos com os estudos anteriores conduziram ao conjunto dos últimos estudos que procuraram testar um modelo causal, de mediação, em que se hipotetizou que a contribuição deste tipo de memórias emocionais na infância para os sintomas depressivos, ansiosos e *ranking social* seria operada através do autocriticismo e da autocompaixão. Na globalidade, os resultados obtidos corroboraram as hipóteses formuladas.

A relação entre as memórias de ameaça na infância e os sintomas depressivos é mediada pelas formas negativas do autocriticismo, com efeito marcadamente expressivo do *eu detestado*, o que sugere que os indivíduos que se recordam de pais ameaçadores e indutores de medo na infância e que se criticam de forma tóxica e patogénica, com sentimentos de aversão e ódio pelo *eu* e desejo de perseguir, punir e magoar o *eu*, apresentam mais sintomatologia depressiva. Por sua vez, relativamente às memórias emocionais de subordinação involuntária pelas figuras parentais estas contribuem significativamente para os sintomas depressivos, sendo parcialmente mediada pelas formas negativas do autocriticismo e pela autotranquilização. Os resultados permitiram identificar o *eu detestado* como o mediador mais expressivo, o que sugere que o impacto deste tipo de memórias emocionais na sintomatologia depressiva é, parcialmente, operado através de um estilo autocrítico negativo mais centrado em sentimentos de ódio e desprezo pelo *eu* e em cognições de ataque e perseguição do *eu*. A mediação parcial da autotranquilização na associação entre memórias de subordinação e a depressão parece sugerir que esta estratégia de regulação emocional funciona como um processo protetor do impacto destas memórias negativas na sintomatologia depressiva.

No que concerne à sintomatologia ansiosa, o modelo final obtido explica menos da sua variância, comparativamente ao modelo da depressão, como esperado. As memórias de *ameaça* percebida influenciam a ansiedade através do efeito mediador do *eu detestado*, o que significa que os indivíduos que se recordam de se terem sentido atemorizados e assustados com os comportamentos parentais e que são autocríticos de uma forma mais tóxica (sentimentos de ódio e aversão pelo *eu* e desejo de punir e atacar o *eu*) manifestam mais sintomas ansiosos. Quanto às memórias emocionais de *submissão/subordinação* na infância, os resultados obtidos mostraram um efeito direto deste tipo de experiências, mas também um efeito indireto na ansiedade, parcialmente mediado pelo *eu detestado*. A implicação deste resultado é que as recordações de sentimentos de submissão/subordinação involuntária na infância parecem ter um impacto importante que, associado a um estilo autocrítico focado em sentimentos de repugnância e desprezo e desejo de atacar o *eu*, aumenta a vulnerabilidade para ansiedade. A explicação para este resultado poderá dever-se ao facto do *eu detestado* constituir um estímulo interno que ativa intensas reações de ameaça, em que existe um sentimento interno de “assédio”, diminuição (“*put-down*”) e de ataque persistente associado a determinadas emoções negativas (ansiedade, raiva, repugnância, vergonha) e a crenças emocionais negativas (e.g., devo controlar as minhas emoções; as emoções são confusas; os outros vão criticar, envergonhando) (Gilbert, 2005d, 2007b; Leahy, 2001, 2002, 2005). Esta natureza de assédio interno constante revela-se muito *stressante*, e nesse sentido muito ansiógena e que, associada à incapacidade de lidar e de defesa do próprio ataque autocrítico, contribui exponencialmente para a psicopatologia (Castilho, Pinto-Gouveia, Amaral, & Duarte, 2012; Gilbert & Allan, 1998; Gilbert et al., 2003; Gilbert et al., 2004; Sturman & Mongrain, 2005; Whelton & Greenberg, 2005).

Quanto à comparação social, a relação das memórias emocionais de *ameaça* percebida por parte das figuras parentais para a comparação social negativa é mediada pelo *eu inadequado*. Isto sugere que os indivíduos que recordam os pais como hostis e ameaçadores na infância compararam-se, desfavoravelmente, com os outros quando se autocriticam, em que as cognições e sentimentos se centram à volta da imperfeição, diferença e inferioridade do *eu*. Relativamente às memórias emocionais de *submissão/subordinação* por parte dos pais, os resultados revelaram a existência de um efeito direto destas experiências na *comparação social* e um efeito indireto mediado pelo *eu inadequado* e pela *autotranquilização*. Isto sugere que as memórias precoces negativas de submissão/subordinação, associadas ao autocriticismo na forma de inadequação do *eu*, contribuem para níveis elevados de comparação social negativa. Por outro lado, os resultados mostram ainda que as memórias de submissão/subordinação contribuem negativamente para o desenvolvimento do *eu tranquilizador*, estando este associado a comparações sociais mais positivas e favoráveis. Por fim, os resultados obtidos evidenciam que a forma do autocriticismo mais patogénica e tóxica, o *eu detestado*, não exerce qual-

quer influência na comparação social. Uma possível explicação para este dado prende-se com a natureza desta forma de autocrítica que funciona internamente como um sinal hostil de ataque, permanente e repetido ao *eu*, forçando-o a submeter-se, associada a sentimentos negativos e intensos de desprezo, ódio e aversão pelo *eu* e, portanto, mais centrada no próprio *eu* e menos nos outros. É curioso constatar que, apesar do modelo causal final ser significativo, explica pouco da variância da comparação social, o que poderá sugerir que outras variáveis deveriam ser incluídas no modelo (e.g., outras experiências fora da família, vergonha). Em síntese, a recordação de experiências repetidas na infância de atitudes de ameaça, dominação e subordinação involuntária por parte das figuras parentais torna-se uma memória condicionada que afeta a forma como a criança se irá relacionar com os outros. Isto é, por se sentir obrigada a comportar-se de forma submissa vê-se a si própria como inferior e diferente, acredita que os outros a veem de forma negativa e compara-se desfavoravelmente em relação aos outros. A comparação social recruta competências que ajudam na avaliação “do que penso que os outros pensam acerca de mim”, regulando as formas do comportamento competitivo (Gilbert, 2005d; Gilbert, Price, & Allan, 1995). Tudo isto são *outputs* que derivam da ativação do sistema de defesa-ameaça, cuja função é proteger da rejeição ou exclusão social e da agressividade de outros dominantes e competitivos (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert & Allan, 1998; Gilbert et al., 1995; Gilbert & Miles, 2002). É por isso que ser capaz de solicitar aprovação, valorização e afeto positivo nos outros tem um impacto na representação do *eu* e na capacidade para controlar interações interpessoais num sentido afiliativo, estando comprometida na ausência de memórias precoces de calor e afeto (Gilbert, 1997; Gilbert et al., 2003; Gilbert & McGuire, 1998; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman, & Glover, 2008).

Finalmente, relativamente aos comportamentos de submissão no adulto, os resultados obtidos mostraram que a relação entre a recordação de experiências de submissão/subordinação na infância e a manifestação de comportamentos de submissão no adulto é mediada, parcialmente, pelas formas negativas do autocrítica. Uma análise mais detalhada destaca o *eu detestado* como o mediador mais expressivo, em comparação com o *eu inadequado*. Esta mediação parcial poderá traduzir o efeito da ativação do sistema de ameaça-defesa, que se traduz nessa tríade: relação do *eu* com o *eu* e de submissão com os outros. Estes dados confirmam os estudos existentes, no sentido em que realçam a importância deste tipo de experiências interpessoais precoces focadas na ameaça para o desenvolvimento de sentimentos de estar numa posição inferior e subordinada sob o controlo dos outros, ativando em consequência estratégias defensivas submissas (Gilbert, 1992, 2000c, 2000d). Por outro lado, quando associado a isso, os indivíduos são autocríticos, com cognições e sentimentos de diminuição e inferioridade e, sobretudo, com sentimentos de nojo e aversão e desejo de punir ou perseguir o *eu*, existe uma reativação do sistema de processamento de ameaça-defesa, sur-

gindo automaticamente respostas defensivas de submissão. Isto sugere que as memórias condicionadas precoces de se ter sido subordinado involuntariamente pelas figuras parentais exercem um papel determinante na manifestação de comportamentos de submissão no adulto (Allan & Gilbert, 1997; Coelho, Castilho, & Pinto-Gouveia, 2011; Gilbert, 2007c; McGuire & Troisi, 1998). Ou seja, uma criança que se sente subordinada e subjugada na infância, forçada pelos pais a tomar posições indesejadas, e incapaz de escapar ao seu poder, dominância e controlo, adotam com mais frequência comportamentos submissão defensivos. A função reside no desativar a agressão e ataque dos dominantes (e.g., pais) (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1992b, 2003b; McGuire & Troisi, 1998) e manter o seu *eu* seguro. A auto-tranquilização não exerceu qualquer influência na relação entre a recordação de experiências de submissão/subordinação e os comportamentos de submissão no adulto, o que pode sugerir que estes comportamentos estão mais relacionados com regras aprendidas e comportamentos condicionados que se perpetuam no estado adulto.

Como conclusão, a teoria da vinculação com base no *ranking* social foca-se, principalmente, na regulação do conflito, existindo um equilíbrio entre a vinculação segura e os mecanismos eficazes de dominância-submissão (Gilbert, 1992b, 2001b; Gilbert et al., 1995, 2002, 2003; Sloman, 2000). A teoria da vinculação sugere que os modelos internos do *eu* e das relações com os outros, construídos na infância, ajudam-nos a aceitar o facto de existirem pessoas “superiores” em vários domínios e a lidar com conflitos de interesse diários. Relações de vinculação pobres ou frágeis têm dois problemas: requerem sinais constantes de se ser desejado ou atraente, por um lado, e medo de não ser atraente ou de não ser capaz de solicitar ajuda dos outros quando necessário, por outro lado. Assim, os indivíduos com este tipo de problemas encaram a vinculação como algo que pode ser conquistado na competição (necessidade de provar o seu valor). As suas representações do *eu* e dos outros estão organizadas à volta de dimensões de poder, controlo e competitividade (Gilbert, 2000d; Sloman, 2000). Por exemplo, a vinculação ansiosa está associada a comparações sociais desfavorecidas e a preocupações excessivas com a aprovação (Gilbert, Allan, & Trent, 1995). Com base neste facto, percebe-se, então, que as experiências na infância contribuem para a psicopatologia, através da forma como diferentes partes dos nossos “eus” (que refletem estratégias evoluídas) são recrutadas, maturam e são utilizadas na relação externa e na relação interna. Se nós aprendermos a ser intensamente autocríticos e isso levar-nos a deprimir e a sentir ansiedade, ao longo do tempo isto pode ativar um sentido do *eu* derrotado e submisso, respostas defensivas submissas e comparações sociais negativas e desfavoráveis com os outros. Se nos sentirmos encurralados nos nossos ataques internos e “espancados” até à derrota submissa, pode ser de facto muito depressogénico e ansiogénico, interferindo marcadamente com a conexão e ligação aos outros (Allan & Gilbert, 1997; Blatt & Zuroff, 1992; Coelho et al., 2011; Gilbert & Allan, 1998; Gilbert et al., 2004; Gilbert & Procter, 2006; Whelton & Greenberg, 2005).

Os dados obtidos neste estudo estão de acordo quer com as hipóteses previamente formuladas, quer com a literatura científica nesta área.

3. Estudo 2: Experiências adversas na infância, Autocriticismo/Autocompaixão, Psicopatologia, Comparação Social e Submissão

3.1. Objetivos

Um dos objetivos do presente estudo, à semelhança do anterior, é explorar a relação entre experiências adversas na infância (com as figuras parentais), as formas do autocriticismo e autotranquilização, os sintomas depressivos e ansiosos e as variáveis de *ranking* social (comparação social e comportamentos de submissão). Enquanto, no estudo anterior, se utilizou uma medida que avaliava a percepção subjetiva de ameaça e submissão/subordinação na infância, neste estudo, iremos utilizar um instrumento que explora memórias de antipatia e negligência parental, referentes ao mesmo período desenvolvimental. Em primeiro lugar, pretende-se estudar a forma como estas experiências relacionadas com a qualidade das relações parentais (antipatia e negligência parental) se relacionam com determinados estilos de relação interna (do *eu* com o *eu*). Em termos gerais, hipotetiza-se que atitudes de frieza, hostilidade e rejeição por parte de ambos os pais, assim como atitudes de desinteresse e descuido em relação à vida e atividades dos filhos, estarão mais associadas ao desenvolvimento do autocriticismo, e menos à autotranquilização e autocompaixão. Especificamente, espera-se que as experiências de antipatia focadas em comportamentos de frieza emocional, hostilidade, controlo e de rejeição por parte da mãe e do pai contribuam de forma mais expressiva para as formas negativas do autocriticismo (*eu inadequado* e *eu detestado*). Por outro lado, e constituindo o aspeto inovador deste estudo, pretende-se também perceber que figura parental (mãe ou pai) apresenta um impacto diferencial no desenvolvimento das formas do autocriticismo e autotranquilização. Em segundo lugar, hipotetiza-se que as experiências adversas de antipatia e negligência se associem à psicopatologia, à comparação social negativa e aos comportamentos de submissão no adulto. Ou seja, os indivíduos com recordações de atitudes e comportamentos parentais de antipatia e de indiferença/negligência por parte das figuras parentais terão mais sintomatologia depressiva e ansiosa, comparar-se-ão com os outros de forma mais negativa e terão mais comportamentos de submissão em adulto. Em terceiro lugar, é também nosso objetivo explorar se estes processos internos (autocriticismo *vs* autotranquilização) medeiam a relação entre as experiências de antipatia e negligência parental e os sintomas psicopatológicos, a comparação social e comportamentos de submissão. Hipotetiza-se que o autocriticismo e a autotranquilização funcionariam como processos de regulação emocional mediadores da relação entre a antipatia e negligência parental e os sintomas depressivos e ansiosos, bem como entre a antipatia e negligência parental e a comparação social e a

submissão com os outros. A confirmarem-se estes resultados, poderão ter implicações clínicas importantes, tais como ajudar os doentes provenientes de contextos familiares difíceis e hostis a desenvolverem competências de autocompaixão, essenciais para a autorregulação emocional em situações de *stress* e fracasso social e para a afiliação social.

3.2. Método

3.2.1. Amostra

Para este estudo, foi constituída uma amostra de conveniência com sujeitos estudantes do ensino superior, inscritos na Universidade de Coimbra. A recolha da amostra obedeceu aos mesmos critérios de recolha dos restantes estudos da população normal. A amostra total ficou constituída por 392 estudantes universitários, 120 do género masculino (30.6%) com uma idade média de 20.62 (*DP* = 2.96), e 272 do género feminino (69.4%), com uma média de idades de 19.70 (*DP* = 1.92). Verificou-se que a idade mínima é de 18 anos e a máxima de 43 anos e que o mínimo de anos de escolaridade é de 12 e o máximo de 19 anos de escolaridade. A média de idades do total da amostra é de 19.98 (*DP* = 2.33) e a média dos anos de escolaridade é de 13.40 (*DP* = 1.37). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros na distribuição das variáveis idade, $t_{(390)} = 3.66, p = .000$, e anos de escolaridade, $t_{(390)} = 3.72, p = .000$. No que concerne ao estado civil, existe um predomínio de sujeitos solteiros (98.5%), sendo que os dois géneros não se diferenciam nesta variável, $\chi^2(2) = 2.49, p = .288$. O mesmo acontece para a variável estatuto socioeconómico, na medida em que todos os sujeitos participantes são estudantes. As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 5.8.

Tabela 5.8. Características demográficas da amostra (N = 392)						
	Masculino (n = 120)		Feminino (n = 272)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	20.62	2.96	19.70	1.92	3.60	.000
Anos de Escolaridade	13.78	1.60	13.24	1.21	3.72	.000
	N	%	n	%	χ^2	p
Estado Civil					2.49	.288
Solteiro	117	29.9	269	68.60		
Casado	3	.80	2	.50		
Divorciado	0	0	1	.20		
Viúvo	0	0	0	0		
União de Facto	0	0	0	0		

3.2.2. Instrumentos

Este estudo incluiu uma bateria específica de medidas de autorrelato, a saber: a) Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (CECA.Q; *Childhood Experiences of Care and Abuse*) para avaliação da recordação de experiências de cuidado e controlo parental na infância; b) Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS;

Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale) para avaliação das formas do autocrítico; c) Escala de Comparação Social (ECS; *Social Comparison Scale*) para avaliação da comparação social; d) Escala de Comportamentos de Submissão (SBS; *Submission Behaviour Scale*); e e) Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-42; *Depression, Anxiety and Stress Scales*) para avaliação da psicopatologia (ansiedade, depressão e stress). A caracterização das medidas é descrita, pormenorizadamente, no Capítulo 3, no ponto 3. As medidas em estudo possuem boa consistência interna, à exceção da subescala *eu detestado* (FSCRS) que apresenta com um valor de alfa inferior a .70 (DeVellis, 2003; Kline, 2005; Pallant, 2010).

3.2.3. Procedimento

Os participantes foram recrutados em diversas faculdades pertencentes à Universidade de Coimbra. Foi-lhes fornecida uma bateria com os instrumentos em estudo. No início da recolha dos dados, os sujeitos preencheram uma folha de rosto com informação referente aos dados demográficos e aos objetivos do estudo. A recolha foi efetuada, pela autora da investigação, no fim de cada aula após o consentimento prévio dos professores responsáveis, sendo que o tempo médio de preenchimento de 30 minutos. Foi garantida a confidencialidade das respostas, o preenchimento completo da bateria de escalas e solicitada a assinatura do consentimento de participação.

3.2.4. Estratégia analítica

O presente estudo apresenta também um desenho transversal. Para a comparação da média amostral de dois grupos independentes, recorreu-se ao teste *t* de Student para amostras independentes. Os pressupostos exigidos para a aplicação deste teste estatístico foram devidamente analisados. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Howell, 2007; Maroco, 2010a). Para explorar as associações entre as experiências adversas na infância, as formas do autocrítico e autotranquilização, a psicopatologia e as variáveis de *ranking* social foram realizadas matrizes de correlação de Pearson. Realizou-se, de seguida, um modelo de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) para explorar a contribuição das experiências adversas na infância para o desenvolvimento do autocrítico e autotranquilização (cf. descrição detalhada neste Capítulo no ponto 2.2.4.). Finalmente, foi testado um modelo causal explicativo das experiências adversas na infância sobre a psicopatologia e *ranking* social, mediado pelas formas do autocrítico/autotranquilização, através de modelos de análise de trajetórias (*Path Analysis*). Nos respetivos diagramas de trajetórias, a recordação de experiências de cuidado e de controlo parentais foram consideradas variáveis exógenas independentes; as formas de autocrítico/autotranquilização, variáveis endógenas mediadoras e a psicopato-

logia, comparação social e comportamentos de submissão variáveis endógenas dependentes.

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW (Predictive Analytics Software) Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA) e com *Software Amos (Analysis of Moment Structures)* (versão 19; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

3.3. Resultados

3.3.1. Análise preliminar dos dados

Os pressupostos do teste paramétrico *t*-Student para amostras independentes foram analisados, no que respeita às normalidades das distribuições e à homogeneidade das variâncias. A homogeneidade das variáveis foi analisada mediante o teste de Levene. Em relação à normalidade das variáveis em estudo, estas não apresentaram uma distribuição normal, apesar dos valores de *Skewness* e de *Kurtosis* não revelarem graves enviesamentos (valores de *Skewness* $<|3|$ e de *Kurtosis* $<|10|$; Kline, 1998). Assim, recorreu-se aos testes paramétricos pela robustez que estes apresentam face a violações à normalidade das variáveis, e porque a amostra não é extremamente pequena ($n < 30$). A análise dos *outliers* foi efetuada através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). A análise de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) foi validada tendo em conta os pressupostos de normalidade multivariada (coeficientes de assimetria (*Sk*) e de curtose (*Ku*) uni e multivariada), da existência de *outliers*, sendo esta última avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis- DM^2 (i.e., $p1; p2 < .05$, como indicador de possível *outlier*) e da presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes. Não existiu evidência de multicolinearidade entre as variáveis ($VIF < 5$).

3.3.2. Estatística descritiva

Para analisar a significância das diferenças entre o género nas variáveis em estudo realizaram-se testes *t*-Student para amostras independentes. Consideraram-se significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010b). A Tabela 5.9. apresenta as diferenças entre o género para as variáveis em estudo.

Os resultados indicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação às subescalas *negligência mãe* (CECA.Q), $t_{(390)} = 2.81, p = .005$, *eu detestado* (FSCRS), $t_{(390)} = 2.83, p = .005$, e *ansiedade* (EADS-42), $t_{(390)} = 3.04, p = .002$. Os homens relatam mais recordações de experiências adversas na infância envolvendo negligência da mãe ($M = 13.73$; $DP = 4.98$), apresentam valores médios mais elevados de autocriticismo na forma *eu detestado* ($M = 2.49$; $DP = 2.74$) e mais sintomas ansiosos ($M = 6.59$; $DP = 6.23$), comparativamente às mulheres (cf. Tabela 5.9.). A existência de diferenças no géne-

ro levou-nos a controlar o seu efeito. Assim, através de uma análise de regressão múltipla hierárquica, verificou-se que o género não constitui um preditor significativo, pelo que as análises estatísticas do estudo foram realizadas na amostra total.

Tabela 5.9. Médias e desvios-padrão para o total da amostra (N = 392) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo, e valores de alfa de Cronbach

	Total (N = 392)		Masculino (n = 120)		Feminino (n = 272)		t	p	α
	M	DP	M	DP	M	DP			
Exp. Adversas Infância									
Antipatia Mãe (CECA.Q)	13.65	4.49	13.94	4.87	13.52	4.32	.85	.395	.81
Antipatia Pai (CECA.Q)	14.88	5.40	15.13	5.33	14.76	5.43	.63	.530	.84
Negligência Mãe (CECA.Q)	12.80	4.38	13.73	4.98	12.39	4.04	2.81	.005	.78
Negligência Pai (CECA.Q)	16.91	5.83	17.58	6.18	16.62	5.65	1.50	.135	.85
Formas de Autocriticismo									
Eu Inadequado (FSCRS)	14.48	7.08	12.11	7.04	12.65	7.11	-.69	.490	.88
Eu Detestado (FSCRS)	1.98	2.39	2.49	2.74	1.76	2.19	2.83	.005	.64
Eu Tranquilizador (FSCRS)	20.09	6.15	20.72	6.05	19.81	6.18	1.35	.177	.87
Psicopatologia									
Depressão (EADS-42)	5.75	6.13	6.53	6.72	5.40	5.83	1.69	.093	.92
Ansiedade (EADS-42)	5.32	5.45	6.59	6.23	4.77	4.98	3.04	.002	.86
Comparação Social (ECS)	70.57	13.91	69.97	13.54	70.83	14.08	-.57	.570	.88
Comp. Submissão (SBS)	19.91	8.77	19.11	9.45	20.25	8.46	-1.19	.236	.86

Nota. CECA.Q = Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; ECS = Escala de Comparação Social; SBS = Escala de Comportamentos de Submissão.

3.3.3. Análises de correlação

Um estudo de natureza correlacional foi realizado com vista a explorar a relação entre experiências adversas na infância (antipatia e negligência), as formas do autocriticismo e autotranquilização, os sintomas psicopatológicos e as variáveis de *ranking* social. Descrevem-se, de seguida, os coeficientes de correlação obtidos entre as variáveis em estudo (cf. Tabela 5.10.).

Tabela 5.10. Correlações entre as experiências adversas na infância (antipatia e negligência) (CECA.Q), as formas do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS), a comparação social (ECS), os comportamentos de submissão (SBS), a ansiedade e a depressão (EADS-42)

Variáveis	Antip. Mãe	Antip. Pai	Neglig. Mãe	Neglig. Pai	Eu Inadeq.	Eu Detes.	Eu Tranq.	ECS	SBS	Ans.
Antipatia Pai (CECA.Q)	.41**									
Negligência Mãe (CECA.Q)	.64**	.31**								
Negligência Pai (CECA.Q)	.30**	.68**	.44**							
Eu Inadequado (FSCRS)	.36**	.29**	.19**	.23**						
Eu Detestado (FSCRS)	.27**	.30**	.18**	.28**	.61**					
Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.22**	-.26**	-.23**	-.27**	-.34**	-.36**				
ECS	-.19**	-.19**	-.28**	-.20**	-.30**	-.28**	.35**			
SBS	.16**	.19**	.12*	.15**	.41**	.41**	-.31**	-.28**		
Ansiedade (EADS-42)	.23**	.27**	.19**	.19**	.34**	.46**	-.20**	-.14**	.35**	
Depressão (EADS-42)	.27**	.32**	.21**	.18**	.47**	.53**	-.33**	-.26**	.41**	.72**

Nota. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. CECA.Q = Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância; Antip. = subescala Antipatia do CECA.Q; Neglig. = subescala Negligência do CECA.Q; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; Eu Inadeq. = subescala Eu Inadequado da FSCRS; Eu Detes. = subescala Eu Detestado da FSCRS; Eu Tranq. = subescala Eu Tranquilizador da FSCRS; ECS = Escala de Comparação Social; SBS = Escala de Comportamentos de Submissão; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; Ans. = subescala Ansiedade da EADS-42.

Experiências adversas na infância e formas do Autocriticismo

As cinco variáveis em análise mostraram-se correlacionadas de forma significativa e no sentido esperado da associação. As quatro subescalas do CECA.Q: *antipatia mãe* ($r = .36; p \leq .01$), *antipatia pai* ($r = .29; p \leq .01$), *negligência mãe* ($r = .19; p \leq .01$) e *negligência pai* ($r = .23; p \leq .01$) apresentaram valores de correlação significativos, muito baixos a baixos, com o *eu inadequado*. Os resultados mostram que os indivíduos que apresentam mais recordações negativas de antipatia parental (envolvendo mais a mãe) e de negligência por parte do pai (mais do que a mãe) têm mais autocriticismo na forma de inadequação e inferioridade do *eu*. Quanto à subescala *eu detestado*, as correlações positivas obtidas são ligeiramente mais expressivas com as subescalas *antipatia pai* ($r = .30; p \leq .01$), *negligência pai* ($r = .28; p \leq .01$) seguidas da *antipatia mãe* ($r = .27; p \leq .01$) e *negligência mãe* ($r = .18; p \leq .01$), o que sugere que a recordação de atitudes e comportamentos de antipatia e negligência (descuido) por parte do pai está mais associada com o autocriticismo na forma *eu detestado*. Parece, então, que os indivíduos que têm mais recordações de atitudes de antipatia e descuido/negligência por parte do pai e antipatia da mãe terão mais autocriticismo focado no desejo de perseguir e punir o *eu* e em sentimentos de autorrepugnância e autodesprezo. Com a subescala *eu tranquilizador*, os coeficientes de correlação obtidos, apesar de significativos e negativos, são de magnitude muito baixa com as quatro subescalas relativas aos cuidados parentais (CECA.Q): *antipatia mãe* ($r = -.22; p \leq .01$), *antipatia pai* ($r = -.26; p \leq .01$), *negligência mãe* ($r = -.23; p \leq .01$) e *negligência pai* ($r = -.27; p \leq .01$), com níveis elevados de autotranquilização associados a níveis mais baixos neste tipo de recordações adversas na infância, envolvendo antipatia e negligência parental. As correlações assumem valores ligeiramente mais expressivos em relação aos graus de cuidado por parte do pai (antipatia e negligência). No que diz respeito à associação entre as diferentes experiências parentais adversas na infância, os resultados mostraram correlações moderadas positivas entre a subescala *antipatia mãe* e a subescala *antipatia pai* ($r = .41; p \leq .01$) e entre a subescala *negligência mãe* e *negligência pai* ($r = .44; p \leq .01$). As associações obtidas entre a subescala *antipatia mãe* e a subescala *negligência mãe*, no sentido esperado da relação, são de magnitude alta ($r = .64; p \leq .01$). O mesmo se verifica para a associação entre a subescala *antipatia pai* e *negligência pai*, com coeficientes de correlação alta (cf. Tabela 5.10.).

Experiências adversas na infância, Psicopatologia e Ranking Social

A Tabela 5.10. mostra as correlações entre as variáveis em análise todas significativas, e no sentido esperado da associação. A recordação de experiências adversas na infância, avaliadas pelo CECA.Q, mostraram-se significativamente associadas com os sintomas psicopatológicos, avaliados pela EADS-42, com magnitudes de correlação a variarem de muito baixas a baixas. Uma análise mais detalhada permite-nos perceber que são as recordações de *antipatia*

parental, em particular por parte do pai, que apresentam correlações mais expressivas com a psicopatologia. Isto significa que os indivíduos com mais recordações de atitudes e comportamentos de hostilidade, criticismo ou rejeição por parte dos pais (antipatia), em particular com o pai, apresentam mais sintomatologia depressiva (sobretudo) e ansiosa (cf. Tabela 5.10.). Relativamente à *comparação social*, ambos os tipos de experiência parental (*antipatia* e *negligência*) apresentam associações significativas, e na direção esperada. Os coeficientes de correlação são mais robustos com a experiência de negligência do que com a antipatia (*negligência mãe*: $r = -.28$; $p \leq .01$ e *negligência pai*: $r = -.20$; $p \leq .01$, respetivamente), no sentido dos indivíduos com mais recordações de terem sido negligenciados pelos pais (em particular pela mãe) se comparam socialmente de forma mais desfavorecida. Finalmente, e em relação aos *comportamentos de submissão*, verifica-se que as correlações obtidas com as subescalas do CECA.Q são positivas e significativas, de magnitude muito baixa, observando-se uma associação ligeiramente mais forte com a subescala *antipatia pai* ($r = .19$; $p \leq .01$) e com a subescala *antipatia mãe* ($r = .16$; $p \leq .01$), do que em relação às experiências de *negligência* de ambas as figuras parentais (cf. Tabela 5.10.). Quanto mais o indivíduo se recorda de atitudes e comportamentos de frieza, controlo, criticismo ou rejeição por parte do pai e da mãe na infância (antipatia), maior a frequência de comportamentos de submissão em adulto.

Formas do Autocriticismo, Psicopatologia e *Ranking Social*

As formas do autocriticismo e autotranquilização apresentam correlações significativas, baixas a moderadas, com os sintomas psicopatológicos. No que diz respeito às subescalas *eu inadequado* e *eu detestado*, as associações mais expressivas são naturalmente com a subescala *depressão*, do que com a subescala *ansiedade* (cf. Tabela 5.10.). Níveis elevados de autocriticismo, quer num formato de inadequação, quer, particularmente, num formato mais patogénico de autoataque e perseguição do *eu* estão associados a mais sintomas depressivos e ansiosos. Para o *eu tranquilizador*, a proporção das associações com os sintomas psicopatológicos é menor, isto é, as correlações, de magnitude baixa, são negativas e significativas, sendo mais expressivas com a *depressão* ($r = -.33$; $p \leq .01$). Finalmente, no que diz respeito às variáveis de *ranking social*, a comparação social mostrou-se correlacionada no sentido negativo com as subescalas *eu inadequado* ($r = -.30$; $p \leq .01$) e *eu detestado* ($r = -.28$; $p \leq .01$), e no sentido positivo, como esperado, com o *eu tranquilizador* ($r = .35$; $p \leq .01$). Indivíduos com elevado autocriticismo apresentam índices mais baixos de comparação social positiva (favorável). O contrário acontece com o *eu tranquilizador*, com níveis mais elevados de autocompaixão a corresponderem a níveis mais elevados de comparação social favorável. Por último, as associações encontradas entre as subescalas *eu inadequado* e *eu detestado* e os *comportamentos de submissão* são moderadas e positivas, com valores mais elevados de autocriticismo a corresponderem a mais comportamentos de submissão (cf. Tabela 5.10.). Os dados referentes ao *eu*

tranquilizador comportam-se de acordo com o padrão esperado, ou seja, apresentam uma correlação negativa significativa com os comportamentos de submissão ($r = -.31; p \leq .01$).

3.3.4. Influência das experiências adversas na infância no desenvolvimento do Autocriticismo e da Autocompaixão

Pretende-se, com este estudo, avaliar a influência das experiências de cuidado, de antipatia e negligência, envolvendo as figuras parentais no desenvolvimento das formas do auto-criticismo e autocompaixão. Para o efeito, foi realizado um modelo de regressão linear múltipla multivariada (RLMM), dado que esta metodologia é a mais indicada quando se testam relações do tipo linear entre duas ou mais variáveis dependentes ou critério e duas ou mais variáveis independentes ou predictoras. Os pressupostos do modelo de regressão linear foram testados (normalidade das variáveis, existência de *outliers*, ortogonalidade entre as variáveis independentes). A representação gráfica do modelo RLMM hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.14. As trajetórias não significativas foram individualmente eliminadas tendo-se obtido um modelo final: *negligência mãe* → *eu detestado* ($b_{eudetestado.negligênciamãe} = -.034; EP_b = .036, Z = -.925; p = .355; \beta_{eutranq.ameaça} = -.061$); *negligência pai* → *eu inadequado* ($b_{euinadeq.negligênciapai} = .092; EP_b = .081, Z = 1.134; p = .257; \beta_{euinadeq.negligênciapai} = .075$); *negligência mãe* → *eu inadequado* ($b_{euinadeq.negligênciamãe} = -.087; EP_b = .083, Z = -1.037; p = .300; \beta_{euinadeq.negligênciamãe} = -.054$); *antipatia mãe* → *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.antipatiãmãe} = -.094; EP_b = .089, Z = -1.054; p = .292; \beta_{eutranq.antipatiãmãe} = -.069$); *negligência pai* → *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.negligênciapai} = -.093; EP_b = .070, Z = -1.330; p = .184; \beta_{eutranq.negligênciapai} = -.088$) e *negligência pai* → *eu detestado* ($b_{eudetestado.negligênciapai} = .035; EP_b = .022, Z = 1.626; p = .104; \beta_{eudetestado.negligênciapai} = .086$).

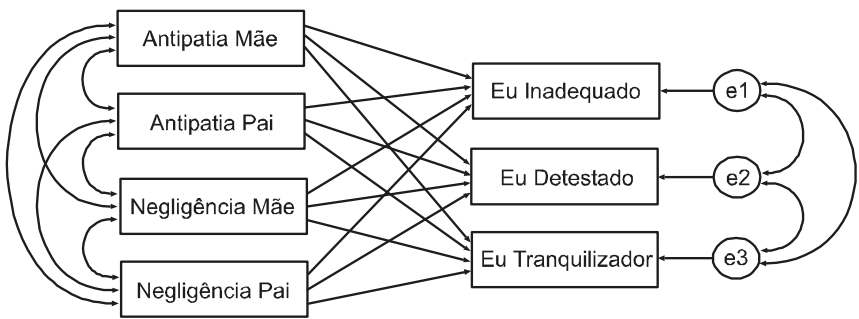


Figura 5.14. Influência das experiências adversas na infância (CECA.Q) nas formas do autocriticismo/ autotranquilização (FSCRS)

A Figura 5.15. apresenta, então, o modelo final ajustado com as estimativas estandarizadas dos coeficientes de regressão e dos R^2 das variáveis dependentes.

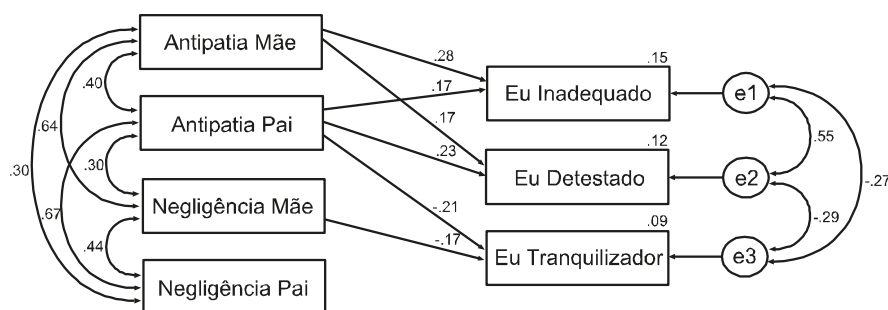


Figura 5.15. Modelo de regressão linear múltipla multivariada reajustado entre as formas do autocriticismo/ autotranquilização (FSCRS) e as experiências adversas na infância (CECA.Q)

O modelo ajustado significativo explica, 15%, 12% e 9% da variabilidade das variáveis dependentes, *eu inadequado*, *eu detestado* e *eu tranquilizador*, respetivamente. As trajetórias *antipatia mãe* → *eu inadequado* ($b_{euinadeq.antipatiamae} = .443$; $EP_b = .078$, $Z = 5.653$; $p < .001$; $\beta_{euinadeq.antipatiamae} = .281$), *antipatia mãe* → *eu detestado* ($b_{eudetes.antipatiamae} = .090$; $EP_b = .027$, $Z = 3.371$; $p < .001$; $\beta_{eudetes.antipatiamae} = .170$), *antipatia pai* → *eu inadequado* ($b_{euinadeq.antipatiapai} = .225$; $EP_b = .067$, $Z = 3.384$; $p < .001$; $\beta_{euinadeq.antipatiapai} = .172$), *antipatia pai* → *eu detestado* ($b_{euinadeq.antipatiapai} = .104$; $EP_b = .023$, $Z = 4.535$; $p < .001$; $\beta_{euinadeq.antipatiapai} = .235$), *antipatia pai* → *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.antipatiapai} = -.234$; $EP_b = .057$, $Z = -4.071$; $p < .001$; $\beta_{eutranq.antipatiapai} = -.205$) e *negligência mãe* → *tranquilizador* ($b_{eutranq.negligenciamae} = -.237$; $EP_b = .068$, $Z = -3.468$; $p < .001$; $\beta_{eutranq.negligenciamae} = -.169$) mostraram-se estatisticamente significativas. O teste às covariâncias entre ‘e₁ e e₂’ ($Z = 8.002$, $p < .001$; $r = .55$), ‘e₂ e e₃’ ($Z = -3.750$, $p < .001$; $r = -.287$) e ‘e₁ e e₃’ ($Z = -10.456$, $p < .001$; $r = -.274$) indicou que estas são estatisticamente significativas. A correlação entre as variáveis preditoras apresentou significância estatística (r entre .30 e .67, $p < .001$). Este resultado sugere a possível existência de multicolinearidade. A multicolinearidade foi avaliada com a estatística VIF e nenhuma das variáveis preditoras (CECA.Q) apresentou valores de VIF > 5 (Kline, 2005; Maroco, 2010b).

Os resultados obtidos sugerem que as experiências adversas na infância, envolvendo *antipatia parental*, contribuem para a formação e desenvolvimento de um estilo autocrítico, quer na sua forma de inadequação do *eu* (*eu inadequado*), quer na sua forma mais tóxica e patogénica de autodesprezo e hostilidade pelo *eu* (*eu detestado*). Uma análise mais cuidada permite perceber que a qualidade da relação materna, corporizada em experiências de hostilidade, frieza, criticismo ou rejeição, constitui um preditor significativo para o autocriticismo, em particular para o autocriticismo focado em sentimentos de inferioridade, derrota e inadequação do *eu*. As recordações de atitudes e comportamentos de frieza, controlo, criticismo ou

rejeição por parte da figura paterna estão também relacionados com o autocriticismo, com uma contribuição mais expressiva para o autocriticismo centrado em sentimentos de raiva e autorrepugnância pelo *eu* (*eu detestado*). Em relação à autotranquilização e autocompaixão, experiências de hostilidade, frieza ou rejeição por parte do pai e de desinteresse e descuido por parte da mãe constituem os únicos preditores significativos. Por fim, a recordação de atitudes de desinteresse e descuido por parte da mãe na infância prediz significativamente o desenvolvimento da autotranquilização. Estas experiências negativas influenciam, dificultando o desenvolvimento de competências de calor, tranquilização e afeto pelo *eu*.

3.3.5. Modelos explicativos da Psicopatologia e das variáveis de *Ranking Social*

Nestes estudos, pretende-se compreender o impacto das formas de autocriticismo e autotranquilização na relação entre as experiências de cuidado adversas na infância e os sintomas psicopatológicos, a comparação social e os comportamentos de submissão no adulto. Para o efeito, foram testados quatro modelos causais da qualidade das relações parentais (antipatia e negligência) mediada pelas formas do autocriticismo e autotranquilização. Recorreu-se a modelos de análise de trajetórias (*Path Analysis*) para avaliar o efeito de mediação, à semelhança do estudo anterior. A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo *Método da Máxima Verosimilhança*. A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahanobis (DM^2). Nenhuma variável apresentou valores de Sk e de Ku indicadores de violações severas à distribuição normal (i.e., $Sk < |3|$; $Ku < |10|$) (Kline, 1998). A significância dos efeitos indiretos e dos efeitos totais foi avaliada mediante reamostragem *Bootstrap*. A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, a saber: χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA, p [$rmsea \leq .05$] (Maroco, 2010a).

3.3.5.1. O efeito mediador do Autocriticismo/Autocompaixão na relação entre as experiências adversas na infância e a Depressão

Testou-se o efeito das cinco variáveis em estudo nos sintomas depressivos: recordação de experiências de cuidado durante a infância e as formas do autocriticismo e autotranquilização. No diagrama de trajetórias proposto (Figura 5.16.), as memórias de antipatia materna e paterna e de negligência materna e paterna são consideradas variáveis exógenas independentes; as formas do autocriticismo e autotranquilização são variáveis endógenas mediadoras e, finalmente, a depressão é considerada uma variável endógena dependente. A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.16.

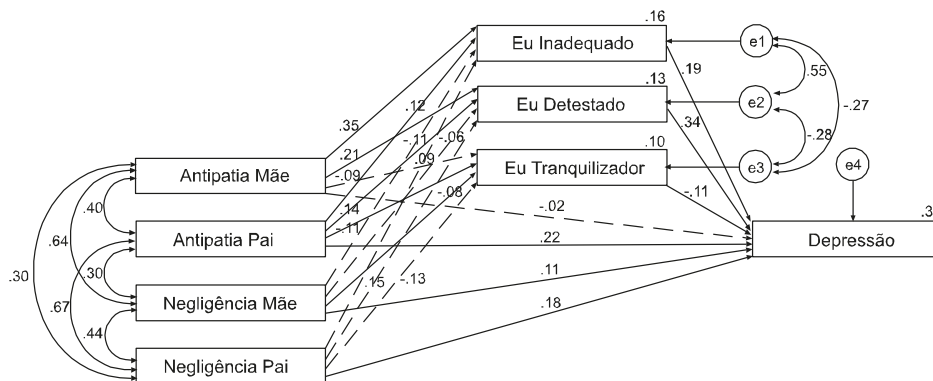


Figura 5.16. Impacto das experiências adversas na infância (CECA.Q) e do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS) na depressão (EADS-42)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respectiva significância no modelo proposto resultou na reespecificação do modelo, com a eliminação das trajetórias que não apresentaram uma contribuição significativa, a saber: os efeitos da *antipatia mãe* sobre a *depressão* ($b_{depressão.antipatiamáe} = -.032$; $EP_b = .079$, $Z = -.407$; $p = .684$; $\beta_{depressão.antipatiamáe} = -.024$); da *negligência mãe* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetets.negligênciamãe} = -.034$; $EP_b = .036$, $Z = -.925$; $p = .355$; $\beta_{depressão.negligênciamãe} = -.061$); da *negligência pai* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.negligênciapai} = .092$; $EP_b = .081$, $Z = 1.134$; $p = .257$; $\beta_{negligênciapai.euinadeq} = .075$); da *negligência mãe* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.negligênciamãe} = -.087$; $EP_b = .083$, $Z = -1.307$; $p = .300$; $\beta_{euinadeq.negligênciamãe} = -.054$); da *antipatia mãe* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.antipatiamáe} = -.094$; $EP_b = .089$, $Z = -1.054$; $p = .292$; $\beta_{eutranq.antipatiamáe} = -.069$); da *negligência pai* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.negligênciapai} = -.093$; $EP_b = .070$, $Z = 1.330$; $p = .184$; $\beta_{eutranq.negligênciapai} = -.088$); e da *negligência pai* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetets.negligênciapai} = .035$; $EP_b = .022$, $Z = 1.626$; $p = .104$; $\beta_{eudetets.negligênciapai} = .086$). A Tabela 5.11. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo da depressão.

Tabela 5.11. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo da depressão

			Estimativas	EP	Z	p
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Antipatia Mãe (CECA.Q)	.281	.078	5.653	***
Eu Detestado (FSCRS)	←	Antipatia Mãe (CECA.Q)	.170	.027	3.371	***
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Antipatia Pai (CECA.Q)	.172	.067	3.384	***
Eu Detestado (FSCRS)	←	Antipatia Pai (CECA.Q)	.235	.023	4.535	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Antipatia Pai (CECA.Q)	-.205	.057	-4.071	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Negligência Mãe (CECA.Q)	-.169	.068	-3.468	***
Depressão (EADS-42)	←	Eu Inadequado (FSCRS)	-.181	.045	3.502	***
Depressão (EADS-42)	←	Eu Detestado (FSCRS)	.338	.134	6.503	***
Depressão (EADS-42)	←	Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.114	.045	-2.562	.010
Depressão (EADS-42)	←	Negligência Pai (CECA.Q)	.171	.061	-2.964	.003
Depressão (EADS-42)	←	Antipatia Pai (FSCRS)	.215	.064	3.828	***
Depressão (EADS-42)	←	Negligência Mãe (CECA.Q)	.097	.064	2.134	.033

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; CECA.Q = Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância.

O modelo final ajustado explica 37% da variabilidade dos sintomas depressivos. A variável *antipatia mãe* apresentou um efeito total de .109 sobre a *depressão* com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].059; .163[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito indireto sobre a depressão mediado pelo *eu inadequado* é de .051 ($\beta = .281 \times .181$), o que sugere que a recordação de uma mãe hostil, fria, crítica ou rejeitadora, associada a um processamento autocrítico focado nas imperfeições e inadequações do *eu*, aumenta a vulnerabilidade para a depressão. Este efeito indireto representa 45% ($.051/.109 = .467$) do efeito total da antipatia materna sobre a depressão. Encontrou-se, ainda, um efeito indireto da *antipatia mãe* mediado pelo *eu detestado* de .057 ($\beta = .170 \times .338$), e que corresponde a 52% ($.057/.109 = .523$) do efeito total da antipatia materna sobre os sintomas depressivos. Este resultado parece sugerir que os indivíduos que se recordam de uma mãe fria, controladora, crítica ou rejeitadora e que se autoatacam e autopunem, com sentimentos de autodesprezo e aversão, apresentam mais sintomas depressivos.

Em relação à *antipatia paterna*, esta variável apresentou também um efeito total de .349 sobre a depressão, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].235; .462[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito direto da *antipatia pai* sobre a *depressão* é de $\beta = .215$, para um I.C. a 95% com limites].103; .323[, estatisticamente significativo com $p = .002$. O efeito indireto sobre a *depressão* mediado pelo *eu inadequado* de .031 ($\beta = .172 \times .181$), representando 8.9% ($.031/.349 = .089$) do efeito total da *antipatia pai* sobre a *depressão*. Este resultado indica que a experiência adversa de hostilidade, crítica ou rejeição por parte do pai está associada aos sintomas depressivos através da sua relação com a forma *eu inadequado* do autocriticismo. O modelo permitiu ainda identificar um efeito indireto da *antipatia pai* na depressão mediado pelo *eu detestado* de .079 ($\beta = .235 \times .338$). O referido efeito indireto corresponde a 23% ($.079/.349 = .226$) do efeito total das recordações de antipatia paterna sobre a depressão. Isto significa que, na depressão, este tipo de experiências de antipatia por parte da figura paterna opera através do autocriticismo mais patogénico, centrado na autopunição e perseguição do *eu* e em sentimentos de raiva e desprezo autodirigidos. O modelo permitiu ainda identificar um efeito indireto da *antipatia pai* na depressão mediado pelo *eu tranquilizador* de .023 ($\beta = -.205 \times -.114$). Este efeito indireto corresponde a 7% ($.023/.349 = .066$) do efeito total das recordações de antipatia paterna sobre a depressão. Isto indica que os indivíduos que se recordam de atitudes paternas de frieza, hostilidade e criticismo associadas a uma orientação com o *eu* pouco calorosa e aceitante estão mais deprimidos. O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites].083; .194[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$.

Por sua vez, a *negligência mãe* apresentou um efeito total de .117 sobre a *depressão* com

a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].028; .207[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .011$. O efeito direto da *negligência mãe* sobre a *depressão* é de $\beta = .097$ com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].005; .187[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .038$, sendo o efeito indireto sobre a *depressão* mediado pelo *eu tranquilizador* é de $.019$ ($\beta = -.169 \times -.114$). Este efeito indireto corresponde a 17% ($.019/.117 = .165$) do efeito total das recordações de *negligência materna* sobre a *depressão*. Isto significa que os indivíduos que se recordam de comportamentos de desinteresse e negligência por parte da figura materna e que são menos autotranquilizadores e autocompassivos apresentam mais sintomatologia depressiva. O teste da significância estatística deste efeito indireto foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].005; .044[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .004$.

O modelo permitiu ainda verificar um efeito direto entre a *negligência pai* e a *depressão* ($\beta = .171$), para um I.C. a 95 % com limites $].056; .281[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .003$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 8.861$, $p = .263$; CFI = .998; TLI = .993; RMSEA = .026; $p [rmsea \leq .05]$).

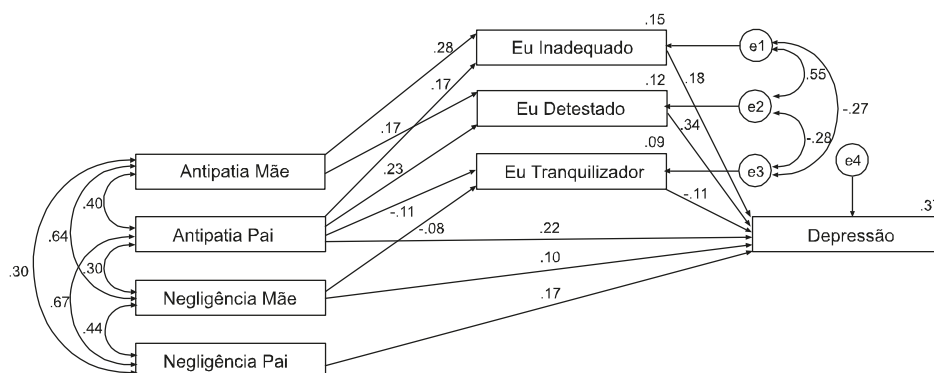


Figura 5.17. Modelo final de mediação formas do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS) sobre a depressão (EADS-42)

O modelo final é apresentado na Figura 5.17., que mostra o modelo com as estimativas standardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da depressão.

3.3.5.2. O efeito mediador do Autocriticismo na relação entre as experiências adversas na infância e a Ansiedade

Testou-se um modelo causal das experiências adversas na infância de antipatia e negligência na ansiedade mediado pelas formas do autocriticismo e autotranquilização. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 5.18.), as memórias de antipatia materna e paterna e

de negligência materna e paterna são consideradas variáveis exógenas independentes; as formas do autocrítico e autotranquilização são variáveis endógenas mediadoras e, finalmente, a ansiedade é considerada uma variável endógena dependente. A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.18.

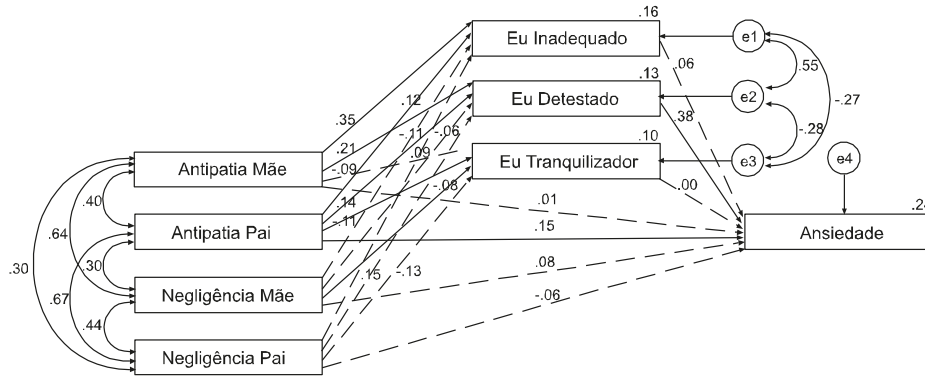


Figura 5.18. Impacto das experiências adversas na infância (CECA.Q) e do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) na ansiedade (EADS-42)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo proposto resultou na eliminação de algumas trajetórias por estas não se mostrarem significativas, a saber: do *eu tranquilizador* sobre a *ansiedade* ($b_{ansiedade.eu\tranq} = .003$; $EP_b = .043$, $Z = .067$; $p = .947$; $\beta_{ansiedade.eu\tranq} = .003$); da *antipatia mãe* sobre a *ansiedade* ($b_{ansiedade.antipatiamae} = .007$; $EP_b = .077$, $Z = .087$; $p = .931$; $\beta_{ansiedade.antipatiamae} = .006$); da *negligência mãe* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetetes.negligenciamae} = -.034$; $EP_b = .036$, $Z = -.925$; $p = .355$; $\beta_{ansiedade.negligenciamae} = -.061$); da *negligência pai* sobre a *ansiedade* ($b_{ansiedade.negligenciapai} = -.061$; $EP_b = .059$, $Z = -1.037$; $p = .300$; $\beta_{ansiedade.negligenciapai} = -.066$); da *negligência pai* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.negligenciapai} = .092$; $EP_b = .081$, $Z = 1.134$; $p = .257$; $\beta_{negligenciapai.euinadeq} = .075$); da *negligência mãe* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.negligenciamae} = -.087$; $EP_b = .083$, $Z = -1.037$; $p = .300$; $\beta_{euinadeq.negligenciamae} = -.054$); da *antipatia mãe* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eu\tranq.antipatiamae} = -.094$; $EP_b = .089$, $Z = -1.054$; $p = .292$; $\beta_{eu\tranq.antipatiamae} = -.069$); do *eu inadequado* sobre a *ansiedade* ($b_{euinadeq.ansiedade} = .051$; $EP_b = .043$, $Z = 1.181$; $p = .238$; $\beta_{ansiedade.euinadeq} = .066$); da *negligência pai* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eu\tranq.negligenciapai} = -.093$; $EP_b = .070$, $Z = -1.330$; $p = .184$; $\beta_{eu\tranq.negligenciapai} = -.088$); da *negligência mãe* sobre a *ansiedade* ($b_{ansiedade.negligenciamae} = .092$; $EP_b = .058$, $Z = 1.593$; $p = .111$; $\beta_{ansiedade.negligenciamae} = .075$); e da *negligência pai* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetetes.negligenciapai} = .035$; $EP_b = .022$, $Z = 1.626$; $p = .104$; $\beta_{eudetetes.negligenciapai} = .086$). Estas trajetórias foram eliminadas individualmente e os modelos intermédios reanalisados até ao modelo final. A Tabela 5.12. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da ansiedade.

Tabela 5.12. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo da ansiedade

			Estimativas	EP	Z	p
Eu Detestado (FSCRS)	←	Antipatia Mãe (CECA.Q)	.170	.027	3.371	***
Eu Detestado (FSCRS)	←	Antipatia Pai (CECA.Q)	.235	.023	4.535	***
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Antipatia Mãe (CECA.Q)	.281	.078	5.653	***
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Antipatia Pai (CECA.Q)	.172	.067	3.384	***
Ansiedade (EADS-42)	←	Eu Detestado (FSCRS)	.414	.106	8.879	***
Ansiedade (EADS-42)	←	Antipatia Pai (CECA.Q)	.141	.047	3.018	.003
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Antipatia Pai (CECA.Q)	-.205	.057	-4.071	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Negligência Mãe (CECA.Q)	-.169	.068	-3.468	***

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; CECA.Q = Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância.

modelo final ajustado explica 23% da variabilidade da ansiedade. A experiência adversa de *antipatia materna* apresentou um efeito total de .071 sobre a *ansiedade*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites [.029; .119], sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$; o seu efeito indireto mediado pelo *eu detestado* é de .070 ($\beta = .170 \times .414$), resultado que sugere que os indivíduos cuja mãe na infância era hostil, fria e crítica e que se autocriticam e autopunem com ódio e aversão pelo *eu* apresentam mais sintomas ansiosos. Este efeito representa 99% ($.070/.071 = .986$) do efeito total da *antipatia mãe* sobre a *ansiedade*. Por sua vez, a *antipatia paterna* apresentou também um efeito total de .238 sobre a *ansiedade*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites [.149; .332], sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$, sendo o efeito direto de $\beta = .141$. O efeito indireto sobre a *ansiedade* mediado pelo *eu detestado* é de .097 ($\beta = .235 \times .414$). Este efeito indireto corresponde a 41% ($.097/.238 = .408$) do efeito total das recordações de *antipatia paterna* sobre a *ansiedade*, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$, mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites [.056; .151]. O modelo permitiu ainda identificar quatro efeitos diretos significativos entre a *antipatia mãe* e o *eu inadequado* ($\beta = .281$), para um I.C. a 95% com limites [.183; .375], estatisticamente diferente de zero para $p = .001$; a *antipatia pai* e *eu inadequado* ($\beta = .172$), para um I.C. a 95% com limites [.071; .273], estatisticamente diferente de zero para $p = .002$; a *antipatia pai* e *eu tranquilizador* ($\beta = -.205$), para um I.C. a 95% com limites [-.299; -.110], estatisticamente diferente de zero para $p = .001$; e *negligência mãe* e *eu tranquilizador* ($\beta = -.169$), para um I.C. a 95% com limites [-.266; -.071], estatisticamente diferente de zero para $p = .002$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 13.719$, $p = .249$; CFI = .997; TLI = .993; RMSEA = .025; p [rmsea $\leq .05$]). Na Figura 5.19. é apresentado o modelo final com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da ansiedade.

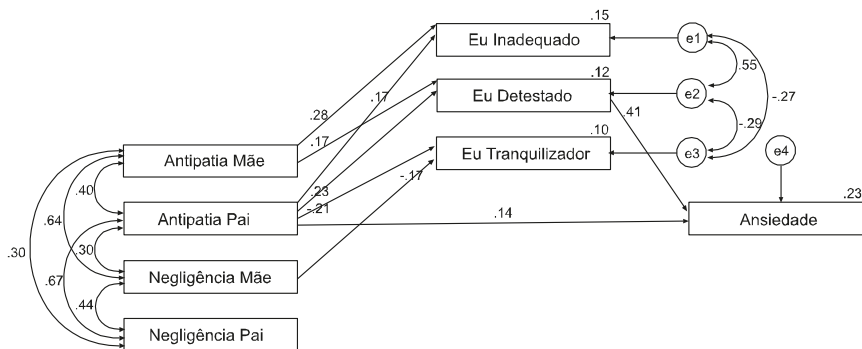


Figura 5.19. Modelo final de mediação formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) sobre a ansiedade (EADS-42)

3.3.5.3. O efeito mediador do Autocrítico na relação entre as experiências adversas na infância e a Comparação Social

Mais uma vez foi testado um modelo causal das memórias de experiências adversas na infância na comparação social mediado pelas formas do autocrítico e autotranquilização. No diagrama de trajetórias hipotético proposto (Figura 5.20.), as memórias de antipatia da mãe e do pai e de negligência do da mãe e do pai são consideradas variáveis exógenas independentes; as formas do autocrítico e autotranquilização são variáveis endógenas mediadoras; e, finalmente, a comparação social é considerada uma variável endógena dependente.

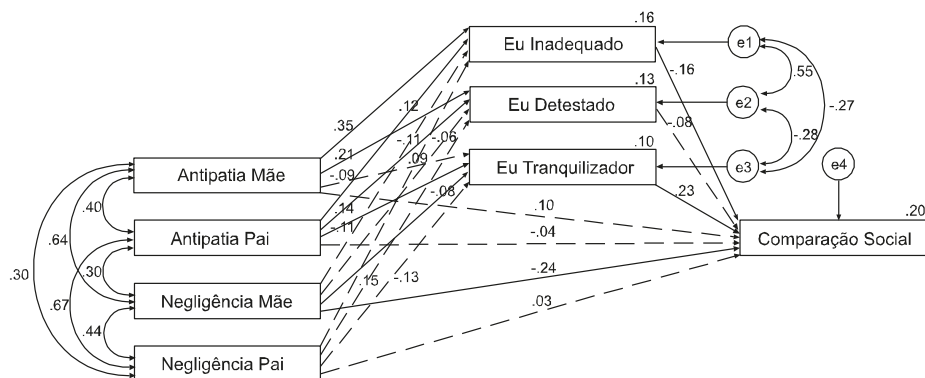


Figura 5.20. Impacto das experiências adversas na infância (CECA.Q) e do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) na comparação social (ECS)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo inicial levou à eliminação de algumas trajetórias não significativas para o modelo, a saber: da *negligência pai* sobre a *comparação social* ($b_{comparação\ social.negligênciapai} = .061$; $EP_b = .160$, $Z = .380$; $p = .704$; $\beta_{comparação\ social.negligênciapai} = .025$); da *antipatia pai* sobre a *comparação social* ($b_{comparação\ social.antipatiapai} = -.070$; $EP_b = .132$, $Z = -.532$; $p = .595$; $\beta_{SCSTotal.antipatiapai} = -.027$); da *negligência mãe* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetes.negligênciamãe} = -.034$; $EP_b = .036$, $Z = -.925$; $p = .355$; $\beta_{eudetes.negligênciamãe} = -.061$); da *negligência pai* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.negligênciapai} = .092$; $EP_b = .081$, $Z = 1.134$; $p = .257$; $\beta_{negligênciapai.euinadeq} = .075$); da *negligência*

mãe sobre o *eu inadequado* ($b_{\text{euinadeq.negligênciamãe}} = -.087$; $EP_b = .083$, $Z = -1.037$; $p = .300$; $\beta_{\text{euinadeq.negligênciamãe}} = -.054$); da *antipatia mãe* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{eutranq.antipatiãmãe}} = -.094$; $EP_b = .089$, $Z = -1.054$; $p = .292$; $\beta_{\text{eutranq.antipatiãmãe}} = -.069$); da *negligência pai* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{eutranq.negligênciapai}} = -.093$; $EP_b = .070$, $Z = -1.330$; $p = .184$; $\beta_{\text{eutranq.negligênciapai}} = -.088$); do *eu detestado* sobre a *comparação social* ($b_{\text{SCSTotal.eudetes}} = -.479$; $EP_b = .339$, $Z = -1.416$; $p = .157$; $\beta_{\text{comparaçãosocial.eudetes}} = -.082$); da *antipatia mãe* sobre a *comparação social* ($b_{\text{comparaçãosocial.antipatiãmãe}} = .269$; $EP_b = .190$, $Z = 1.418$; $p = .156$; $\beta_{\text{comparaçãosocial.antipatiãmãe}} = .087$); e da *negligência pai* sobre o *eu detestado* ($b_{\text{eudetes.negligênciapai}} = .035$; $EP_b = .022$, $Z = 1.626$; $p = .104$; $\beta_{\text{eudetes.negligênciapai}} = .086$).

Repetindo a mesma abordagem que nos estudos anteriores cada trajetória foi eliminada e o modelo reanalisado até se obter o modelo final mais parcimonioso. Na Tabela 5.13. são apresentadas as estimativas estandarizadas dos coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo da comparação social.

O modelo final ajustado explica 19% da variabilidade da *comparação social*. O modelo permitiu identificar um efeito total da variável *antipatia mãe* sobre a *comparação social* de $-.051$, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $[-.087; -.025]$; sendo o efeito indireto sobre a *comparação social* mediado pelo *eu inadequado* de $-.051$ ($\beta = .281 \times -.181$). Isto sugere que a influência das experiências precoces de antipatia materna na comparação social negativa é operada, através do autocriticismo focado nas imperfeições e inadequações do *eu*. Este efeito corresponde a 100% ($-.051/-.051 = 1.00$) do efeito total da *antipatia mãe* sobre a *comparação social*.

Tabela 5.13. Estimativas estandarizadas dos coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo de comparação social

		Estimativas	EP	Z	p
Eu Inadequado (FSCRS)	← Antipatia Mãe (CECA.Q)	.281	.078	5.653	***
Eu Inadequado (FSCRS)	← Antipatia Pai (CECA.Q)	.172	.067	3.384	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	← Antipatia Pai (CECA.Q)	-.205	.057	-4.071	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	← Negligência Mãe (CECA.Q)	-.169	.068	-3.468	***
Eu Detestado (FSCRS)	← Antipatia Mãe (CECA.Q)	.170	.027	3.371	***
Eu Detestado (FSCRS)	← Antipatia Pai (CECA.Q)	.235	.023	4.535	***
Comparação Social (ECS)	← Eu Inadequado (FSCRS)	-.181	.097	-3.697	***
Comparação Social (ECS)	← Eu Tranquilizador (FSCRS)	.242	.111	4.940	***
Comparação Social (ECS)	← Negligência Mãe (CECA.Q)	-.186	.151	-3.925	***

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; ECS = Escala de Comparação Social; CECA.Q = Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância.

No que respeita à variável *antipatia pai*, o modelo apresentou também um efeito total de $-.081$ sobre a *comparação social*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $[-.126; -.044]$, sendo o efeito indireto sobre a *comparação social* mediado pelo *eu inadequado* de $-.031$ ($\beta = .172 \times -.181$). Este resultado significa que os indivíduos que se recordam de atitudes e comportamentos hostis, controladores e de rejeição paterna na infância e que têm *eu inadequado* elevado apresentam níveis mais elevados de comparação social negativa. Este efeito indireto corresponde a 38% ($-.031/-.081 = .383$) do efeito total da *antipatia pai* sobre a *comparação social*. O modelo permitiu ainda identificar

um efeito indireto da *antipatia paterna* na *comparação social* mediado pelo *eu tranquilizador* de $-.050$ ($\beta = -.205 \times .242$), correspondendo a 62% ($-.050/-.081 = .617$) do efeito total da *antipatia pai* sobre a *comparação social*. O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites $[-.126; -.044]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. Este resultado indica que a existência de competências de autotranquilização poderá amortecer o impacto da recordação de um pai frio, hostil e crítico nos índices de comparação social negativa. Por fim, e no que concerne à *negligência mãe*, o efeito total sobre a *comparação social* é de $-.227$, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $[-.309; -.132]$; sendo o efeito indireto sobre a *comparação social* mediado pelo *eu tranquilizador* de $-.041$ ($\beta = -.169 \times .242$), e que corresponde a 18% ($-.041/-.227 = .181$) do efeito total das recordações de negligência materna sobre a comparação social. Isto mostra que os indivíduos que foram negligenciados pela mãe na infância e que são menos autocompassivos tendem a comparar-se com os outros de forma negativa e desfavorecida. A significância estatística dos efeitos indiretos foi efetuada novamente com reamostragem *Bootstrap* enquadrada com um I.C. a 95% com limites $[-.071; -.016]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .002$. O modelo permitiu ainda identificar dois efeitos diretos entre a *antipatia mãe* e o *eu detestado* ($\beta = .170$), para um I.C. a 95% com limites $].070; .268]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .002$; e a *antipatia pai* e o *eu detestado* ($\beta = .235$), um I.C. a 95% com limites $].136; .332]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .002$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 13.076$, $p = .219$; CFI = .997; TLI = .991; RMSEA = .028; $p [rmsea \leq .05]$).

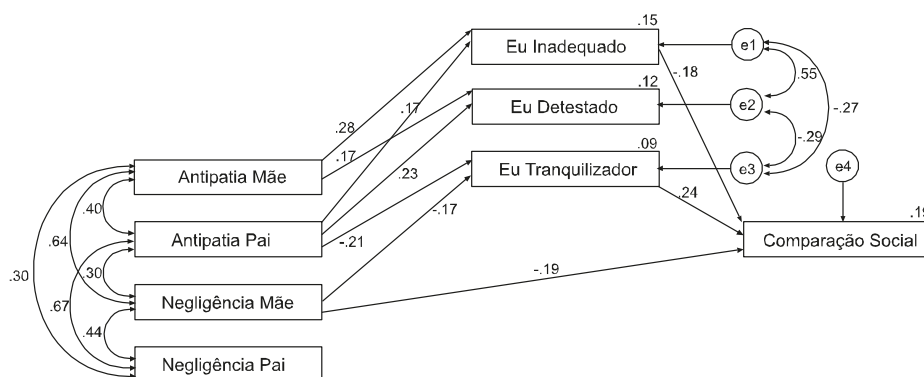


Figura 5.21. Modelo final de mediação das formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) sobre a comparação social (ECS)

A Figura 5.21. representa o modelo final ajustado com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da comparação social.

3.3.5.4. O efeito mediador do Autocriticismo/Autocompaixão na relação entre as experiências adversas na infância e os Comportamentos de Submissão

Explorou-se o efeito de sete variáveis nos comportamentos de submissão: as experiências adversas na infância (antipatia materna e paterna e negligência materna e paterna) e as formas do autocriticismo e autotranquilização. No diagrama de trajetórias proposto, as experiências adversas na infância são consideradas variáveis exógenas independentes, as formas do autocriticismo e autotranquilização variáveis endógenas mediadoras e os comportamentos de submissão no adulto como variável endógena dependente. O modelo hipotético proposto está representado graficamente na Figura 5.22.

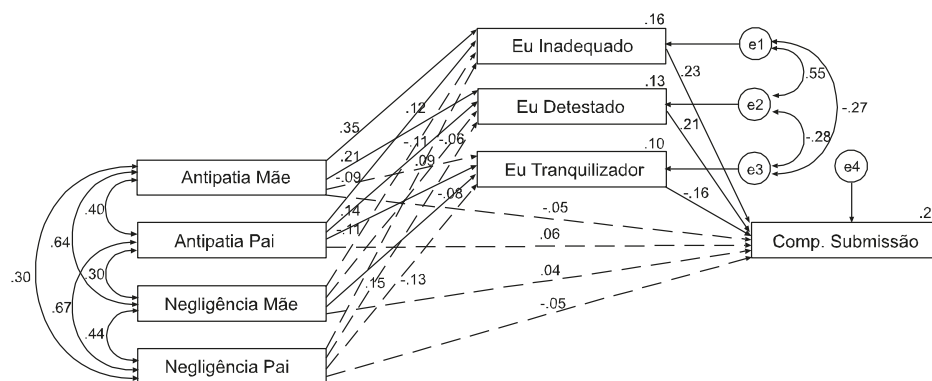


Figura 5.22. Impacto das experiências adversas na infância (CECA.Q) e do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS) nos comportamentos de submissão (SBS)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo inicialmente proposto levou à eliminação das trajetórias que não apresentaram uma contribuição significativa: da *negligência mãe* sobre a *submissão* ($b_{SBSTotal.negligência\ mãe} = .070$; $EP_b = .126$, $Z = .560$; $p = .576$; $\beta_{SBSTotal.negligência\ mãe} = .035$); da *antipatia mãe* sobre a *submissão* ($b_{SBSTotal.antipatia\ mãe} = -.052$; $EP_b = .099$, $Z = -.525$; $p = .599$; $\beta_{SBSTotal.antipatia\ mãe} = -.027$); da *negligência pai* sobre a *submissão* ($b_{SBSTotal.negligência\ pai} = -.050$; $EP_b = .091$, $Z = -.543$; $p = .587$; $\beta_{SBSTotal.negligência\ pai} = -.033$); da *antipatia pai* sobre a *submissão* ($b_{SBSTotal.antipatia\ pai} = .032$; $EP_b = .077$, $Z = .412$; $p = .681$; $\beta_{SBSTotal.antipatia\ pai} = .020$); da *negligência mãe* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetes.negligência\ mãe} = -.034$; $EP_b = .036$, $Z = -.925$; $p = .355$; $\beta_{eudetes.negligência\ mãe} = -.061$); da *negligência pai* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.negligência\ pai} = .092$; $EP_b = .081$, $Z = 1.134$; $p = .257$; $\beta_{negligência\ pai.euinadeq} = .075$); da *negligência mãe* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.negligência\ mãe} = -.087$; $EP_b = .083$, $Z = -1.037$; $p = .300$; $\beta_{euinadeq.negligência\ mãe} = -.054$); da *antipatia mãe* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.antipatia\ mãe} = -.094$; $EP_b = .089$, $Z = -1.054$; $p = .292$; $\beta_{eutranq.antipatia\ mãe} = -.069$); da *negligência pai* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.negligência\ pai} = -.093$; $EP_b = .070$, $Z = -1.330$; $p = .184$; $\beta_{eutranq.negligência\ pai} = -.088$); e da *negligência pai* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetes.negligência\ pai} = .035$; $EP_b = .022$, $Z = 1.626$; $p = .104$; $\beta_{eudetes.negligência\ pai} = .086$). Assim, cada uma destas trajetórias não significativas foi eliminada e o modelo reanalisado até à pro-

dução do modelo final ajustado e mais parcimonioso. Na Tabela 5.14, são apresentadas as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo da submissão.

Tabela 5.14. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo dos comportamentos de submissão

			Estimativas	EP	Z	p
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Antipatia Mãe (CECA.Q)	.281	.078	5.653	***
Eu Detestado (FSCRS)	←	Antipatia Mãe (CECA.Q)	.170	.027	3.371	***
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Antipatia Pai (CECA.Q)	.172	.067	3.384	***
Eu Detestado (FSCRS)	←	Antipatia Pai (CECA.Q)	.235	.023	4.535	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Antipatia Pai (CECA.Q)	-.205	.057	-4.071	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Negligencia Mãe (CECA.Q)	-.169	.068	-3.468	***
Comp. Submissão (ECS)	←	Eu Inadequado (FSCRS)	.227	.070	4.008	***
Comp. Submissão (ECS)	←	Eu Detestado (FSCRS)	.212	.209	3.722	***
Comp. Submissão (ECS)	←	Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.162	.069	-3.357	***

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; ECS = Escala de Comparação Social; CECA.Q = Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância.

O modelo final ajustado explica 23% da variabilidade da *submissão* no adulto. O modelo obtido para a variável *antipatia mãe* mostrou um efeito total de .100 sobre os *comportamentos de submissão*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].057; .148[e $p = .001$; sendo o efeito indireto sobre *comportamentos de submissão* mediado pelo *eu inadequado* de .064 ($\beta = .281 \times .227$). Isto significa que os indivíduos com recordações de experiências de frieza, hostilidade e rejeição por parte da mãe, e que têm um estilo autocrítico focado em sentimentos e cognições de inferioridade e defeito (*eu inadequado*), tendem a manifestar mais comportamentos de submissão. Este efeito indireto representa 64% ($.064/.100 = .64$) do efeito total da antipatia materna sobre os comportamentos de submissão. A *antipatia mãe* apresentou também um efeito indireto sobre os *comportamentos de submissão* mediado pelo *eu detestado* de .036 ($\beta = .170 \times .212$). Este efeito representa 36% ($.036/.100 = .36$) do efeito total das recordações de antipatia materna sobre os comportamentos de submissão. Mais uma vez, estes dados parecem indicar que o efeito destas experiências adversas na infância (*antipatia materna*) sobre os comportamentos de submissão no adulto é transportado pela forma do autocriticismo mais tóxica e patogénica (*eu detestado*). O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites].057; .148[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$.

No que respeita à *antipatia paterna*, o modelo obtido apresentou um efeito total de .122 sobre os *comportamentos de submissão*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].071; .174[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito indireto sobre os *comportamentos de submissão* mediado pelo *eu inadequado* é de .039 ($\beta = .172 \times .227$), e que representa 32% ($.039/.122 = .319$) do efeito total da *antipatia pai* sobre os *comportamentos de submissão*, o que sugere que a existência de um pai frio, crítico, controlador ou rejeitador associada a um elevado autocriticismo na forma de

eu inadequado leva a mais comportamentos de submissão no adulto. A variável *antipatia pai* apresentou também um efeito indireto sobre os *comportamentos de submissão* mediado pelo *eu detestado* de .050 ($\beta = .235 \times .212$), representando 41% ($.050/.122 = .409$) do efeito total da antipatia pai sobre os comportamentos de submissão. Foi encontrado ainda um efeito indireto da *antipatia pai* sobre os *comportamentos de submissão* mediado pelo *eu tranquilizador* de .033 ($\beta = -.205 \times -.162$), representando 27% ($.033/.122 = .270$) do efeito total da antipatia paterna sobre os comportamentos de submissão. A significância estatística dos efeitos indiretos foi efetuada novamente com reamostragem *Bootstrap* enquadrada com um I.C. a 95% com limites].071; .174[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. Em relação à *negligência materna*, o efeito total sobre os *comportamentos de submissão* é de .027, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].009; .057[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. Encontrou-se apenas um efeito indireto sobre os comportamentos de submissão mediado pelo *eu tranquilizador* de .027 ($\beta = -.169 \times -.162$), correspondendo a 100% ($.027/.027 = 1.00$) do efeito total das recordações de *negligência mãe* sobre os *comportamentos de submissão*, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$, mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites].009; .057[. Isto significa que os indivíduos que se recordam do pai como presente e interessado pelas suas atividades e vida em geral e que têm competências de autotranquilização e autocompaixão tendem a manifestar menos comportamentos de submissão no estado adulto. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 9.749$, $p = .463$; CFI = 1.000; TLI = 1.001; RMSEA = .000; $p [rmsea \leq .05]$). A Figura 5.23. representa o modelo final ajustado com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da comportamentos de submissão.

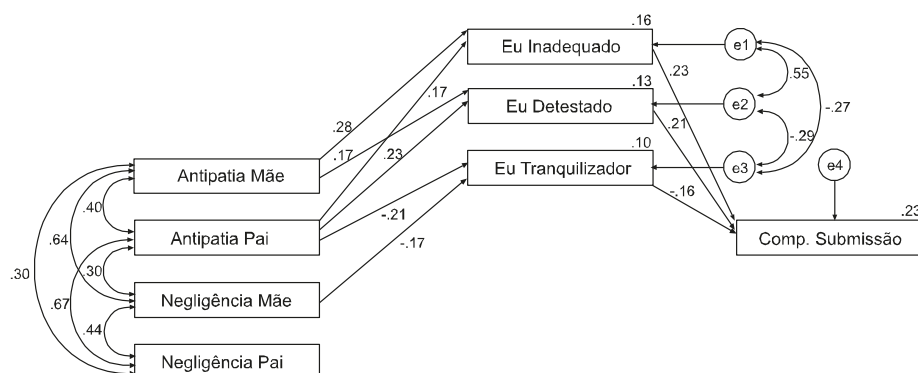


Figura 5.23. Modelo final de mediação das formas do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS) sobre os comportamentos de submissão (SBS)

3.4. Discussão

Vários estudos existentes, quer de natureza retrospectiva, quer prospetiva relativos à adversidade na infância, evidenciaram que estas experiências negativas são geradoras de sofrimento psicológico, emocional e físico, e predizem as perturbações psiquiátricas na vida adulta (Bifulco et al., 2005; Weiss et al., 1999). Outros estudos têm mostrado igualmente a relação entre determinados tipos de experiências adversas e a psicopatologia (Briere & Elliot, 2003; Harris, Brown, & Bifulco, 1990; Parker, 1983; Perris, 1994; Ritcher, Ritcher, Eismann, Seering, & Bartsch, 1994; Tyler, 2002).

Assim, e tendo presente os inúmeros estudos na área, constituiu o nosso propósito estudar a forma como estas experiências adversas na infância (antipatia parental e negligência parental) contribuem para a origem do autocrítico e autocompaixão. Além disso, pretendeu-se também analisar a forma como estas variáveis em conjunto contribuem para a psicopatologia e *ranking* social.

O estudo de natureza correlacional mostrou que a recordação de experiências de frieza, hostilidade, criticismo e rejeição por parte da mãe e do pai estão associadas às formas negativas do autocrítico (*eu inadequado* e *eu detestado*). Numa análise mais fina, os resultados obtidos sugerem que a mãe fria, crítica, hostil e rejeitadora está associada, numa forma mais expressiva, nesta amostra, com o autocrítico centrado em sentimentos de inadequação e inferioridade do *eu*. Já o pai crítico, hostil, rejeitador e frio mostrou-se mais associado com o *eu detestado*, que traduz uma relação do *eu* com o *eu* mais negativa e tóxica. Por sua vez, as experiências de antipatia e negligência parental mostraram-se negativa e significativamente associadas com a autotranquilização, como esperado, o que sugere que estas memórias negativas de frieza e controlo envolvem menos competências de autotranquilização e de autocompaixão. Uma análise mais detalhada revela que os coeficientes de correlação são mais expressivos com a antipatia e negligência paterna. No que concerne à associação entre as experiências adversas de antipatia e negligência parental e a psicopatologia, os resultados mostraram que todas as subescalas se correlacionaram com os sintomas psicopatológicos (depressão e ansiedade), embora com magnitudes de correlação fracas. Destacou-se a associação entre as experiências de antipatia parental, com a antipatia pai a assumir a correlação mais expressiva, com a psicopatologia, o que sugere que os indivíduos com mais recordações de atitudes e comportamentos de hostilidade, criticismo ou rejeição por parte dos pais, em particular do pai, apresentam mais sintomatologia depressiva (sobretudo) e ansiosa (Bifulco et al., 2005; Harris et al., 1990; Sachs-Ericsson, Verona, Joiner, & Preacher, 2006). Em relação à comparação social, ambos os tipos de experiência parental (antipatia e negligência) apresentaram associações significativas, e na direção esperada, com associações ligeiramente mais expressivas com a negligência parental. Os dados sugerem que a recordação de pais desinteressados e negligentes (mais que frios e hostis) associa-se a índices de comparação social nega-

tiva ou desfavorável. Ou seja, a existência de pais ausentes, no sentido de “desligados”, que não investem nas rotinas diárias dos filhos, origina um sentimento nos filhos “de não serem importantes e amados”, podendo isso levar a comparações com os outros negativas, centradas em sentimentos e crenças de diferença e inferioridade. Por último, relativamente aos comportamentos de submissão no estado adulto, as correlações obtidas mostraram-se positivas e significativas, apesar dos coeficientes serem muito baixos. Os resultados indicam que a recordação de experiências de antipatia parental traduzidas em comportamentos e atitudes de hostilidade, frieza e criticismo por parte dos pais está associada à manifestação de comportamentos de submissão no estado adulto. Este resultado corrobora o que é apontado na literatura acerca das experiências precoces de controlo e intrusividade parental e a sua relação com comportamentos defensivos de baixo *rank* (comportamentos de submissão) (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 2000d; Gilbert et al., 1996, 2002, 2003). As associações encontradas entre as formas de autocrítica e autotranquilização e os sintomas psicopatológicos e variáveis de *ranking* foram as esperadas, todas significativas e no sentido esperado da relação. As formas *eu inadequado* e *eu detestado* (em particular este último) associam-se significativamente aos sintomas depressivos e sintomas ansiosos (Gilbert et al., 2004; Gilbert & Procter, 2006; Harman & Lee, 2009; Whelton & Greenberg, 2005). Em contraste, a autotranquilização associa-se negativamente com os índices de psicopatologia, o que evidencia o carácter protetor deste processo de autorregulação (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert et al., 2006; Irons et al., 2006; Kelly et al., 2009; Pinto-Gouveia, Castilho, Matos, & Xavier, 2011). Como esperado, as formas negativas do autocrítica relacionam-se com índices de comparação social negativa ou desfavorável. A autotranquilização, por ser uma resposta de autorregulação antagónica, mostrou-se associada a comparações sociais positivas (Gilbert & Miles, 2002; Gilbert et al., 1995). O mesmo padrão foi encontrado com os comportamentos de submissão, com correlações mais robustas, em que valores mais elevados de autocrítica correspondem a mais comportamentos de submissão no adulto (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 2000d; Pinto-Gouveia, Castilho, Matos, & Xavier, 2012). A associação obtida com a autotranquilização revelou-se significativa e negativa.

Com o objetivo de explorar a contribuição relativa das experiências adversas negativas (antipatia e negligência parental) para as formas do autocrítica e autotranquilização, realizou-se um modelo de regressão linear multivariada. Os resultados obtidos confirmaram as hipóteses definidas e sugerem que experiências adversas na infância envolvendo antipatia parental se revelaram preditores significativos para o desenvolvimento do autocrítica, quer na sua forma de inadequação do *eu* (*eu inadequado*), quer na sua forma mais tóxica e patogénica de autodesprezo e hostilidade pelo *eu* (*eu detestado*). Uma análise mais cuidada relativa às figuras parentais permite perceber que a recordação de uma mãe fria, controladora e crítica se revela o preditor mais robusto do autocrítica relacionado com sentimentos de

inadequação, inferioridade e defeito do *eu*. Por sua vez, as recordações de atitudes e comportamentos de frieza, controlo, criticismo ou rejeição por parte da figura paterna contribuem de forma mais expressiva para o autocriticismo centrado em sentimentos de raiva e autorrepugnância pelo *eu* (*eu detestado*). Em relação à autotranquilização e autocompaixão, as experiências de hostilidade, frieza ou rejeição por parte do pai e de desinteresse e descuido por parte da mãe constituem os únicos preditores significativos. Estas experiências negativas influenciam, dificultando o desenvolvimento de competências de calor, tranquilização e afeto pelo *eu*, e que se deve à subestimulação do sistema de afeto positivo de *soothing* e à sobreativação do sistema de ameaça-defesa (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005b, 2009d). Os pais por serem incapazes de funcionar como agentes tranquilizadores, calorosos e cuidadores contribuem para que as experiências sejam processadas como memórias emocionais condicionadas de insegurança e ameaça que tornam a criança mais vulnerável ao desenvolvimento do autocriticismo, impedindo-a de se sentir segura com a sua experiência interna (emoções, sentimentos, cognições) e no mundo. Os nossos resultados estão de acordo com a investigação na área, evidenciando o papel crucial das experiências relacionais precoces para os sistemas de processamento autoavaliativos (Blatt & Homann, 1992; Gilbert et al., 2003; Hartlage, Arduino, & Alloy, 1998; Irons et al., 2006; Zuroff et al., 1990; Zuroff et al., 1994).

Partindo destes resultados, o passo seguinte era explorar o efeito mediador do autocriticismo e autotranquilização na relação entre as experiências adversas na infância e a psicopatologia, comparação social e comportamentos de submissão. Recorreu-se para o efeito a análises de trajetórias (*Path Analysis*), tendo sido propostos quatro modelos causais. Assim, o primeiro modelo teve como objetivo testar a hipótese que os sintomas depressivos surgem pela ação mediada do autocriticismo na associação entre experiências adversas na infância e a sintomatologia depressiva. Este modelo testado explicou 37% da variabilidade da depressão. Os resultados obtidos mostraram que a relação entre antipatia materna e os sintomas depressivos é mediada pelas formas negativas do autocriticismo, com o *eu detestado* a revelar-se o mediador mais expressivo. Estes dados indicam que os indivíduos que se recordam da mãe como uma figura intrusiva, crítica, fria e rejeitadora e que se autocriticam, particularmente, de forma hostil e persecutória com sentimentos de autodesprezo e ódio pelo *eu* apresentam mais sintomatologia depressiva. No que diz respeito à antipatia paterna, a recordação de comportamentos e atitudes de hostilidade, frieza e criticismo em relação à figura paterna influencia o aparecimento de sintomas depressivos através do efeito parcial do autocriticismo, sobretudo focado em cognições de ataque e perseguição ao *eu* e sentimentos de nojo e aversão pelo *eu*. Curiosamente, os dados sugerem ainda que a autotranquilização parece funcionar como um fator protetor do impacto deste tipo de experiências adversas nos sintomas depressivos. Os resultados obtidos confirmam a relevância do autocriticismo como fator

mediador na relação entre as experiências de antipatia parental (mãe e pai) e a depressão, e apontam no sentido da literatura (Gibert et al., 2006; Gilbert & Procter, 2006; Irons et al., 2003). Por outro lado, confirmam também o papel importante da autocompaixão no processamento da ameaça e do afeto negativo. Em relação à negligência materna, o efeito da recordação de uma mãe negligente e descuidada na sintomatologia depressiva é parcialmente mediado pela autocompaixão. Como já explicitado, os resultados encontrados parecem sugerir o papel protetor das competências autocompassivas (Gilbert, 2009a; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert et al., 2008). Da análise dos dados, observa-se ainda que as experiências de negligência paterna apresentaram um efeito direto significativo nos sintomas depressivos. Kessler e Magee (1993), num estudo epidemiológico alargado, descobriram que a adversidade na infância está relacionada quer com o início da depressão, quer com os seus episódios recorrentes. Noutro estudo, numa amostra de 121 mulheres estudantes, Hammen, Henry e Daley (2000) mostraram que mulheres com histórias de adversidade na infância necessitam de menos estímulos de *stress* para ativar a resposta depressiva, comparativamente a outras sem história de adversidade. Goodman (2002), com os seus estudos, deu um importante contributo relacionado com estilos parentais precoces de ameaça e as várias vulnerabilidades para a depressão. Portanto, os indivíduos que proveem destes ambientes negativos (experiências de antipatia e de negligência parental) estão mais vulneráveis à depressão e a outros quadros psicopatológicos. Para além da dificuldade que terão em lidar com sinais de carinho e afeto, que deriva da ausência de memórias de calor e suporte dos outros e do desenvolvimento de diferentes infraestruturas psicobiológicas nos seus cérebros relacionadas com os sistemas de processamento defesa-ameaça. São indivíduos que possuem memórias emocionais negativas e crenças dos outros como hostis, abusivos, negligentes e ausentes, com uma autoavaliação do *eu* negativa (e.g., inadequado, incompetente, mau, inferior), que são reativadas em momentos de *stress*, criando vulnerabilidade para sofrimento psicológico e social (Gilbert, 2007a; Masten, 2001).

Foi proposto outro modelo explicativo para a ansiedade que explicou 23% da variabilidade dos sintomas ansiosos. Os resultados obtidos revelaram que o *eu detestado* constitui um mediador robusto da relação entre a recordação de uma mãe fria, intrusiva, crítica e rejeitadora na infância e a sintomatologia ansiosa. Isto sugere que os indivíduos com mães pouco calorosas e frias, controladoras e rejeitadoras e que se autocriticam de uma forma tóxica e persecutória, com desejo de magoar e perseguir o *eu* e com sentimentos de nojo e ódio pelo *eu*, apresentam mais sintomatologia ansiosa. Em relação à antipatia paterna, os resultados permitiram identificar um efeito direto desta experiência sobre a ansiedade, mas também um efeito indireto da antipatia pai na ansiedade, parcialmente mediado pelo *eu detestado*. Isto sugere que a recordação de um pai frio, hostil e crítico, associada a um estilo autocrítico focado em sentimentos de repugnância e ódio pelo *eu* e em cognições de perseguição e ataque, aumenta a vulnerabilidade para a ansiedade. As experiências de negligência parental mostra-

ram não ter qualquer influência na ansiedade. O modelo identificou ainda um efeito significativo entre a negligência mãe e a autotranquilização, o que sugere que a recordação de uma mãe descuidada e negligente contribui para uma menor autotranquilização e autocompaixão. De facto, os nossos resultados permitem identificar o mecanismo base através do qual esta relação opera, realçando o papel determinante do autocrítico na sua forma mais patogénica e tóxica para o impacto das experiências precoces de antipatia parental na ativação da resposta ansiosa. Por outro lado, são resultados que confirmam os dados existentes na literatura sobre o papel do autocrítico na psicopatologia. O autocrítico é uma estratégia de autorregulação emocional defensiva ligada ao sistema de processamento ameaça-defesa que recruta emoções intensas e negativas, como a raiva, ansiedade, repugnância/nojo e vergonha (Gilbert, 2000c, 2005d, 2007c, 2009d). Dito de outro modo, ao funcionar como uma forma de ensaio interno de uma interação de ataque-submissão ativa os sistemas cerebrais de processamento de ameaça-defesa, gerando níveis elevados de emocionalidade negativa. A psicopatologia deriva da incapacidade de lidar com os próprios ataques e com as emoções negativas associadas (Gilbert et al., 2004; Gilbert & Procter, 2006; Greenberg et al., 1990; Whelton & Greenberg, 2005).

Relativamente à comparação social, o modelo testado explicou 19% da variabilidade da comparação social. Os resultados obtidos permitiram identificar um efeito indireto da antipatia materna na comparação social mediado pelo eu inadequado. Ou seja, o autocrítico na forma de inadequação do *eu* promove o impacto da antipatia materna na comparação social. Isto sugere que os indivíduos que se recordam de uma mãe fria, controladora e crítica e que se autocriticam, focando-se nas imperfeições e inadequações do *eu*, comparam-se mais desfavoravelmente com os outros. Este resultado confirma a relevância do *eu inadequado* como fator mediador na relação entre a antipatia materna e a comparação social. Por sua vez, a *antipatia pai* exerce a sua influência na comparação social através do efeito do *eu inadequado* e do *eu tranquilizador*, que se revelou o mediador mais expressivo. Este dado indica que os indivíduos que se recordam de atitudes e comportamentos hostis, controladores e de rejeição paterna na infância e que têm *eu inadequado* elevado apresentam níveis mais elevados de comparação social negativa. O dado mais interessante reside no efeito protetor da autotranquilização, na medida em que este resultado sugere que os indivíduos com uma orientação positiva, calorosa e de aceitação do *eu*, autorregulam com mais eficácia as consequências da recordação de atitudes e comportamentos de antipatia paterna na comparação social negativa ou desfavorável. Por último, a relação entre a negligência mãe e a comparação social é mediada pelo *eu tranquilizador*, o que sugere que comportamentos de negligência e descuido por parte da figura materna, quando associados a uma orientação positiva, calorosa e de aceitação do *eu* (autotranquilização), terão um efeito protetor nos índices de comparação social desfavorável.

Em síntese, os nossos resultados mostram, claramente, a importância do autocrítico-

mo e da autotranquilização na comparação social. O autocrítico constitui um processo de autorregulação emocional eficaz para lidar com ameaças sociais externas (e internas), em que os indivíduos autocríticos, por serem incapazes de internalizar um sentido de tolerância, afeto e tranquilização (ausência de memórias de calor e afeto com os cuidadores), tentam demonstrar o seu lugar/posição no mundo, tornando-se excessivamente competitivos (comparação social) na procura e obtenção de recursos e com uma enorme vulnerabilidade para rejeição (Gilbert, 2000d, 2005d; Gilbert et al., 1995). Por oposição, e em relação à vivência de inferioridade em comparação com os outros, os dados reforçam consistentemente os resultados encontrados noutros estudos acerca do papel protetor e resiliente da autotranquilização e autocompaixão, como estratégia nuclear de autorregulação em situações de ameaça e de *stress* e facilitadora da conexão e aceitação social (Gilbert, 2005d, 2009c; Gilbert et al., 2006; Neff, 2003a, 2003b ; Trevarthen & Aitken, 2001).

Por último, o modelo proposto para a explicação dos comportamentos de submissão explicou 23% da sua variabilidade. Os resultados obtidos revelaram que a *antipatia mãe* apresenta uma relação com os *comportamentos de submissão* mediada pelas formas negativas do autocrítico, em que o mediador mais expressivo é o *eu inadequado*. Assim, os indivíduos com recordações de experiências de frieza, hostilidade e rejeição por parte da mãe e que apresentam um estilo de processamento autocrítico focado em sentimentos e cognições de inferioridade e defeito (*eu inadequado*) tendem a reportar mais comportamentos de submissão. O mesmo acontece com o *eu detestado* em que estes indivíduos com recordações de experiências de frieza, controlo e criticismo por parte da mãe com um autocrítico focado em sentimentos intensos e negativos de ódio e aversão pelo *eu* tendem manifestar mais comportamentos de submissão. Por sua vez, em relação à *antipatia pai* o modelo mostrou que as formas negativas do autocrítico medeiam a relação entre estas experiências adversas na infância e os comportamentos de submissão, em que o *eu detestado* se mostrou o mediador mais expressivo. Os dados obtidos indicam que os indivíduos que se recordam do pai como frio, crítico, controlador ou rejeitador e que apresentam autocrítico elevado relatam mais comportamentos de submissão. O modelo testado permitiu ainda identificar um efeito indireto da *antipatia pai* nos comportamentos de submissão mediado pela *autotranquilização*. Isto sugere que face a este tipo de experiências adversas os indivíduos que se autotranquilizam e que têm uma atitude positiva e calorosa para com o *eu*, relatam menos *comportamentos de submissão*. Os resultados obtidos confirmam a relevância do autocrítico e da autotranquilização como fatores mediadores na relação entre a antipatia paterna e os comportamentos de submissão. Por fim, e relativamente à *negligência materna*, os resultados mostraram que a *autotranquilização* medeia a relação entre a *negligência mãe* e os *comportamentos de submissão*, o que significa que os indivíduos que se recordam da mãe como ausente, descuidada e desinteressada pelas suas atividades e que apresentam competências autocompassivas (atitude

calorosa e cuidada com o *eu*) tendem a manifestar menos comportamentos de submissão no estado adulto. Estes resultados confirmam e clarificam melhor a forma como a relação entre as experiências negativas na infância (antipatia e negligência) e os comportamentos de submissão no adulto opera. Acresce referir que são resultados que vão no sentido do que é apontado na literatura, ou seja, vários estudos evidenciaram a relação significativa entre o autocriticismo, a visão do *eu* como inferior e os comportamentos de submissão (Gilbert, 2004b, 2005d; Gilbert & Miles, 2000).

Concluindo, os resultados obtidos neste estudo corroboram as hipóteses previamente formuladas. Constituiu um estudo que permitiu clarificar melhor que tipo de experiências de antipatia e de negligência parental influenciam o desenvolvimento das formas do autocriticismo e da autotranquilização. Estes dados, apesar do seu caráter exploratório e da necessidade da replicação noutras amostras, indicam que o tipo de experiência de cuidado (antipatia e/ou negligência) na infância e a figura parental com quem aconteceu têm um impacto diferencial para o desenvolvimento das formas do autocriticismo e autotranquilização. Demonstram com clareza a influência e o papel central que as experiências precoces com os pais têm para a emergência de processos internos como o autocriticismo e a autocompaixão (Blatt & Homann, 1992; Gilbert et al., 2003, 2006; Hartlage et al., 1998; Irons et al., 2006; Zuroff et al., 1990; Zuroff et al., 1994). Por outro lado, ficou igualmente comprovado que estes processos de autorregulação interna exercem um efeito mediador nos sintomas psicopatológicos (depressão e ansiedade), destacando-se o papel do *eu detestado*, como a forma de relação interna do *eu* com o *eu* mais negativa e tóxica com mais implicações psicopatológicas, e o papel da autocompaixão como mecanismo autorregulador positivo protetor da vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert et al., 2004; Gilbert & Irons, 2005; Whelton & Greenberg, 2005). Relativamente às variáveis de *ranking*, para a comparação social destacou-se o papel do *eu inadequado*, como processo interno de autoavaliação crítica centrado em sentimentos de inferioridade e inadequação do *eu*, e da autotranquilização. Para os comportamentos de submissão ambas as formas negativas, em especial o *eu detestado*, se revelaram importantes, assim como a autocompaixão (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert et al., 1995).

4. Estudo 3: Estilos parentais, Autocriticismo e Autocompaixão e Psicopatologia

4.1. Objetivos

O primeiro objetivo deste estudo é analisar a relação entre a perceção dos estilos parentais, as formas do autocriticismo e autotranquilização e os sintomas psicopatológicos. Em primeiro lugar, pretende-se estudar a forma como os estilos parentais percebidos (carinho e sobreproteção) se relacionam com determinados estilos de relação interna. Em termos gerais, hipotetiza-se que atitudes de calor, afeto e cuidado por parte das figuras parentais estejam menos relacionadas com as formas negativas do autocriticismo e mais à autotranquilização e

autocompaixão. Concretamente, espera-se que estas memórias positivas de calor e cuidado se mostrem negativamente correlacionadas com o autocrítico (eu inadequado e eu detestado) e positivamente associadas à autotranquilização. Por oposição, espera-se que o estilo parental de controlo e sobreproteção se associe significativamente ao autocrítico e negativamente à autotranquilização. Em segundo lugar, e em relação à psicopatologia, hipotetiza-se que os estilos parentais percebidos se correlacionem no sentido esperado da relação. Ou seja, os indivíduos que se recordam de comportamentos e atitudes de carinho e afeto por parte pais terão menos sintomatologia depressiva e ansiosa. Por sua vez, a recordação de comportamentos parentais sobreprotetores e intrusivos corresponderá a mais sintomas depressivos e ansiosos. Em terceiro lugar, é nosso objetivo ainda testar um modelo de mediação do autocrítico e autotranquilização na relação entre os estilos parentais e a depressão e ansiedade. O que este estudo acrescenta no conjunto de estudos apresentados neste capítulo é a possibilidade de analisarmos a contribuição de uma medida positiva de experiências precoces (e.g., memórias de carinho parental) para o desenvolvimento do autocrítico e autotranquilização e a sua influência conjunta para a psicopatologia. Sendo assim, hipotetiza-se que o autocrítico e autotranquilização funcionariam como processos de regulação emocional mediadores da relação entre os estilos parentais (carinho *versus* sobreproteção) e os sintomas depressivos e ansiosos. A confirmarem-se estes resultados permitirão confirmar que as memórias de calor e afeto estão na base da formação de uma relação do eu com o eu focada na aceitação, no calor e bondade (autotranquilização), e que a sua ausência (por falha na vinculação) contribui para o autocrítico, pela ativação de rotinas de processamento ligadas à defesa-ameaça. Por outro lado, acentuarão o papel protetor da autotranquilização na psicopatologia.

4.2. Método

4.2.1. Amostra

Foi constituída, para este pequeno estudo exploratório, uma amostra de conveniência com sujeitos estudantes do ensino superior, pertencentes à Universidade de Coimbra. A amostra total ficou constituída por 154 estudantes universitários, 40 do género masculino (26%) com uma idade média de 21.75 ($DP = 2.68$), e 114 do género feminino (74%), com uma média de idades de 20.33 ($DP = 1.87$). A idade mínima dos participantes é 18 anos e a máxima de 28 anos, e o mínimo de anos de escolaridade é de 12 e o máximo de 17 anos de escolaridade. A média de idades do total da amostra é de 20.70 ($DP = 2.19$) e a média dos anos de escolaridade é de 13.39 ($DP = 1.40$). Em relação à variável idade os dois géneros diferenciam-se significativamente, $t_{(152)} = 3.66$, $p = .000$, em que os homens são mais velhos ($M = 21.75$; $DP = 2.68$) comparativamente às mulheres ($M = 20.33$; $DP = 1.87$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros na distribuição da variável anos de escolaridade, $t_{(152)} = .580$, $p = .563$. Quanto ao estado civil, a maioria

dos participantes é solteira (99.4%), não existindo diferenças no género nesta variável, $\chi^2(2) = 2.87, p = .090$. Por sua vez, na variável nível socioeconómico também não se encontraram diferenças significativas, porque todos os participantes são estudantes universitários. A Tabela 5.15. apresenta as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 5.15. Características demográficas da amostra (N = 152)

	Masculino (n = 40)		Feminino (n = 114)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	21.75	2.68	20.33	1.87	3.66	.000
Anos de Escolaridade	13.50	1.41	13.35	1.40	.580	.563
	n	%	n	%	χ^2	p
Estado Civil					2.87	.090
Solteiro	39	97.50	114	100		
Casado	1	2.5	0	0		

4.2.2. Instrumentos

Este estudo incluiu uma bateria específica de medidas de autorrelato, preenchida pelos participantes: a) Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais (PBI; *Parental Bonding Instrument*) para avaliação da perceção dos estilos parentais e da qualidade do apego do ponto de vista dos filhos; b) Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS; *Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale*) para avaliação das formas do autocriticismo/autotranquilização; e c) Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-42; *Depression, Anxiety and Stress Scales*) para avaliação da psicopatologia (ansiedade, depressão e stress). A caracterização das medidas é descrita, com detalhe, no Capítulo 3, no ponto 3.

4.2.3. Procedimento

Os participantes foram recrutados em diversas Faculdades pertencentes à Universidade de Coimbra. Foi-lhes fornecida uma bateria com os instrumentos em estudo. No início da recolha dos dados os sujeitos preencheram uma folha de rosto com informação referente aos dados demográficos e aos objetivos do estudo. A recolha foi efetuada, pela autora da investigação, no fim de cada aula após o consentimento prévio dos professores responsáveis, sendo que o tempo médio de preenchimento foi de 30 minutos. Foi garantida a confidencialidade das respostas, o preenchimento completo da bateria de escalas e solicitada a assinatura do consentimento de participação.

4.2.4. Estratégia analítica

O desenho deste estudo é de natureza transversal. Para a comparação da média amostral de dois grupos independentes recorreu-se ao teste *t* de Student para amostras independentes. Testaram-se os pressupostos exigidos para a sua aplicação. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Howell, 2007; Maroco, 2010a). Efetuaram-se matrizes de correlação de Pearson

para explorar as associações entre os estilos parentais, as formas do autocrítico e autotranquilização e os sintomas psicopatológicos. De seguida, foi realizado um modelo de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) para explorar a contribuição dos estilos parentais para o desenvolvimento do autocrítico e autotranquilização. De seguida, foram testados dois modelos causais dos estilos parentais sobre a psicopatologia depressiva e ansiosa mediado pelas formas do autocrítico e autotranquilização. Para o efeito recorreu-se a modelos de análise de trajetórias (*Path Analysis*). No respetivo diagrama de trajetórias hipotéticas os estilos parentais percebidos (carinho e sobreproteção) foram considerados variáveis exógenas independentes; as formas de autocrítico e autotranquilização, variáveis endógenas mediadoras e os sintomas psicopatológicos variáveis endógenas dependentes.

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW (Predictive Analytics Software) Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA) e com *Software Amos (Analysis of Moment Structures)* (versão 19; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

4.3. Resultados

4.3.1. Análise preliminar dos dados

A normalidade das variáveis em estudo foi analisada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov, assim como o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento. Os valores obtidos mostraram que as distribuições das variáveis em estudo não são extremamente enviesadas ou achatadas (valores de *Skewness* $<|3|$ e de *Kurtosis* $<|10|$; Kline, 1998). Recorreu-se, assim, aos testes paramétricos pela robustez que estes apresentam face a violações à normalidade das variáveis. A observação dos *outliers* foi efetuada através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). Os pressupostos do teste paramétrico *t*-Student para amostras independentes foram analisados, no que respeita às normalidades das distribuições e à homogeneidade das variâncias. A análise de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) foi validada tendo em conta os pressupostos de normalidade multivariada (coeficientes de assimetria (*Sk*) e de curtose (*Ku*) uni e multivariada), da existência de *outliers*, sendo esta última avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis- DM^2 (i.e., $p1; p2 < .05$, como indicador de possível *outlier*) e da presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes ($VIF < 5$).

4.3.2. Estatística descritiva

As diferenças entre o género nas variáveis em estudo foram analisadas com o recurso ao teste paramétrico *t*-Student para amostras independentes. Consideraram-se significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010a). Na tabela 5.16. são apresentadas as diferenças entre o género para as variáveis em estudo.

Pela leitura da Tabela 5.16. verifica-se que não existem diferenças estatisticamente

significativas entre o género nas variáveis em estudo. Relativamente à consistência interna as medidas em estudo apresentaram coeficientes de alfa de Cronbach que variaram de bons a muito bons.

Tabela 5.16. Médias e desvios-padrão para o total da amostra (N = 152) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo, e valores de alfa de Cronbach.

	Total (N = 152)		Masculino (n = 40)		Feminino (n = 114)		t	p	α
	M	DP	M	DP	M	DP			
Estilos Parentais									
Carinho Mãe (PBI)	27.56	6.24	26.70	6.21	27.87	6.25	-1.02	.310	.84
Carinho Pai (PBI)	24.86	7.71	23.18	6.80	25.46	7.95	-1.62	.108	.89
Sobreproteção Mãe (PBI)	15.94	8.12	17.18	8.02	15.50	8.14	1.12	.263	.87
Sobreproteção Pai (PBI)	13.64	7.07	12.68	5.71	13.98	7.48	-1.01	.316	.83
Formas de Autocriticismo									
Eu Inadequado (FSCRS)	15.84	7.88	14.42	8.07	16.33	7.78	-1.32	.188	.89
Eu Detestado (FSCRS)	3.02	2.39	3.60	2.75	2.82	2.23	1.80	.074	.68
Eu Tranquilizador (FSCRS)	16.94	6.33	17.25	6.09	16.82	6.43	.37	.716	.89
Psicopatologia									
Depressão (EADS-42)	8.49	9.20	8.95	10.11	8.32	8.90	.37	.713	.96
Ansiedade (EADS-42)	6.50	7.67	7.15	9.24	6.27	7.06	.62	.535	.92

Nota. PBI = Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress.

4.3.3. Análises de correlação

A associação entre os estilos parentais (cuidado e sobreproteção), as formas do auto-criticismo e autotranquilização e a psicopatologia foi analisada através de uma matriz de correlação de Pearson. Na Tabela 5.17. são descritas as correlações obtidas para as variáveis em estudo.

Tabela 5.17. Correlações entre os estilos parentais (carinho e sobreproteção) (PBI), as formas do autocriticismo/ autotranquilização (FSCRS), a ansiedade e a depressão (EADS-42)

Variáveis	Carinho Pai	Carinho Mãe	Sobreproteção Pai	Sobreproteção Mãe	Eu Inadequado	Eu Detestado	Eu Tranquilizador	Ansiedade
Carinho Mãe (PBI)	.51**							
Sobreproteção Pai (PBI)	-.41**	-.32**						
Sobreproteção Mãe (PBI)	-.33**	-.42**	.63**					
Eu Inadequado (FSCRS)	-.27**	-.20*	.13	.12				
Eu Detestado (FSCRS)	-.25**	-.19*	.10	.26**	.55**			
Eu Tranquilizador (FSCRS)	.15	.23**	-.23**	-.21*	-.41**	-.36**		
Ansiedade (EADS-42)	-.17*	-.18*	.13	.21**	.37**	.57**	-.23**	
Depressão (EADS-42)	-.20*	-.13	.27**	.29**	.48**	.59**	-.39**	.79**

Nota. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. PBI = Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress.

Estilos parentais e formas do Autocriticismo/Autocompaixão

Neste ponto, apresentam-se os resultados do estudo de natureza correlacional que analisou a relação entre os estilos parentais e as formas do autocriticismo e autotranquilização. A subescala *carinho mãe* mostrou-se correlacionada com qualquer uma das formas do autocriticismo e autotranquilização, no sentido esperado da relação, com correlações estatisticamente significativas. Apesar das magnitudes de correlação serem fracas revelam-se mais expressivas com a subescala *eu tranquilizador* ($r = .23; p \leq .01$), com mais recordações de cuidado, afeto e zelo por parte da figura materna a corresponder a mais autotranquilização e autocompaixão. Pelo contrário, atitudes e comportamentos da mãe percebidos como frios e rejeitadores estão mais associados ao autocriticismo, quer na sua forma de inadequação do *eu* ($r = -.20; p \leq .05$), quer na sua forma mais tóxica de ataque e perseguição ao *eu* ($r = -.19; p \leq .05$). Em relação à subescala *carinho pai*, esta mostrou-se correlacionada apenas com as formas negativas do autocriticismo, com uma correlação ligeiramente mais elevada, de magnitude muito baixa, com o *eu inadequado* ($r = -.27; p \leq .01$). Este resultado sugere que o estilo afetivo e cuidador da figura paterna está associado a menos autocriticismo. Esta dimensão dos estilos parentais percebidos não se mostrou estatisticamente correlacionada com o *eu tranquilizador* (cf. Tabela 5.17.). A subescala *sobreproteção mãe* apresentou correlações baixas significativas, no sentido esperado da relação, com a subescala *eu detestado* ($r = .26; p \leq .01$) e com a subescala *eu tranquilizador* ($r = -.21; p \leq .05$). Parece que níveis elevados de recordação de comportamentos de sobreproteção e controlo da mãe estão associados a mais autocriticismo focado em sentimentos de desprezo e aversão e no desejo de atacar e perseguir o *eu*, e a menos autotranquilização e autocompaixão, como esperado. Por fim, a subescala *sobreproteção pai* mostrou uma correlação negativa significativa com a subescala *eu tranquilizador* ($r = -.23; p \leq .01$), com níveis elevados de sobreproteção e controlo por parte do pai associados a níveis mais baixos de autotranquilização e autocompaixão. De notar, que a *sobreproteção pai* não se mostrou correlacionada com as formas negativas do autocriticismo (cf. Tabela 5.17.).

Estilos parentais e psicopatologia

As correlações obtidas entre as variáveis em análise são significativas, no sentido esperado da associação, e de magnitude muito baixa (cf. Tabela 5.17.). A subescala *carinho mãe* apresentou uma correlação negativa significativa com a subescala *ansiedade* ($r = -.18; p \leq .05$), correspondendo níveis elevados de cuidado, afeto e zelo percebido por parte da mãe a níveis mais baixos de ansiedade. Esta subescala não se mostrou correlacionada com a subescala *depressão*. Por sua vez, a subescala *carinho pai* apresentou coeficientes de correlação muito baixos com a subescala *depressão* ($r = -.20; p \leq .05$) e com a subescala *ansiedade* ($r = -.17; p \leq .05$).

.05), o que indica que a recordação de um estilo caloroso e cuidadoso por parte da figura paterna está associada a menor sintomatologia depressiva e ansiosa. A subescala *sobreproteção mãe* mostrou correlações baixas positivas e estatisticamente significativas com a subescala *depressão* ($r = .29; p \leq .01$) e com a subescala *ansiedade* ($r = .21; p \leq .01$), sugerindo que os indivíduos com mais recordações de atitudes e comportamentos de controlo e sobreproteção por parte da mãe tendem a ter mais sintomas depressivos e ansiosos. Finalmente, em relação à subescala *sobreproteção pai* esta mostrou-se apenas correlacionada significativamente com a subescala *depressão* ($r = .27; p \leq .01$). Isto significa que níveis elevados controlo e sobreproteção da figura paterna na infância e/ou adolescência estão associados a níveis elevados de sintomatologia depressiva.

Formas do Autocriticismo/Autotranquilização e Psicopatologia

Como esperado, as formas do autocriticismo e autotranquilização apresentaram correlações significativas, baixas a moderadas, com a psicopatologia. As associações mais expressivas ocorreram entre a subescala *eu detestado* e os sintomas depressivos ($r = .59; p \leq .01$) e os sintomas ansiosos ($r = .57; p \leq .01$), respetivamente. O mesmo padrão acontece com a subescala *eu inadequado*, com coeficientes de correlação positivos, moderados a baixos, com a subescala *depressão* ($r = .48; p \leq .01$) e com a subescala *ansiedade* ($r = .37; p \leq .01$). Estes resultados indicam que níveis elevados de autocriticismo estão associados a níveis elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa. Pelo contrário, a subescala *eu tranquilizador* mostrou-se negativa e significativamente correlacionada com a subescala *depressão* ($r = -.36; p \leq .01$) e com a subescala *ansiedade* ($r = -.23; p \leq .01$), correspondendo elevada autotranquilização e autocompaixão a menor sintomatologia depressiva e ansiosa (cf. Tabela 5.17.).

4.3.4. Influência dos estilos parentais no desenvolvimento do Autocriticismo e da Autocompaixão

Este estudo visa analisar o impacto de determinados estilos parentais na formação do autocriticismo e da autocompaixão. Para esse efeito, foi realizado um modelo de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) para testar o efeito de duas ou mais variáveis exógenas (independentes ou preditoras) em cada duas ou mais variáveis endógenas (dependentes ou critério). A matriz dos coeficientes de regressão e dos respetivos erros-padrão foi estimada pelo Método da Máxima Verosimilhança. Os pressupostos do modelo foram igualmente testados (i.e., normalidade das variáveis, existência de *outliers* e ortogonalidade entre as variáveis independentes).

A representação gráfica do modelo RLMM hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.24.

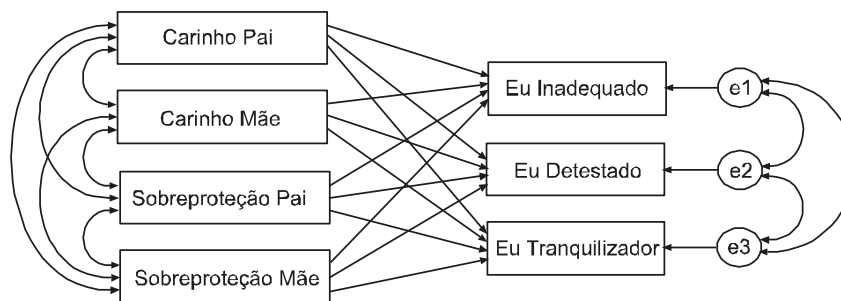


Figura 5.24. Influência dos estilos parentais (PBI) nas formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS)

As trajetórias que não se mostraram significativas foram previamente eliminadas, tendo-se obtido um modelo final reajustado, a saber: *sobreproteção pai* → *eu inadequado* ($b_{euinadeq.sobreproteçãopai} = .003$; $EP_b = .116$, $Z = .028$; $p = .978$; $\beta_{euinadeq.sobreproteçãomãe} = .003$), *carinho pai* → *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.carinhopai} = -.010$; $EP_b = .077$, $Z = -.129$; $p = .897$; $\beta_{eutranq.cuidadopai} = -.012$), *carinho mãe* → *eu detestado* ($b_{eudetec.carinhomãe} = -.006$; $EP_b = .035$, $Z = -.165$; $p = .869$; $\beta_{eudetec.carinhomãe} = -.015$), *sobreproteção mãe* → *eu inadequado* ($b_{euinadeq.sobreproteçãomãe} = .019$; $EP_b = .082$, $Z = .228$; $p = .820$; $\beta_{euinadeq.sobreproteçãomãe} = .019$), *sobreproteção mãe* → *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.sobreproteçãomãe} = -.025$; $EP_b = .075$, $Z = -.335$; $p = .738$; $\beta_{eutranq.sobreproteçãomãe} = -.032$) e *carinho mãe* → *eu inadequado* ($b_{euinad.carinhomãe} = -.091$; $EP_b = .097$, $Z = -.934$; $p = .350$; $\beta_{euinadeq.carinhomãe} = -.072$).

A Figura 5.25. apresenta, então, o modelo final ajustado com as estimativas estandarizadas dos coeficientes de regressão e dos R^2 das variáveis dependentes.

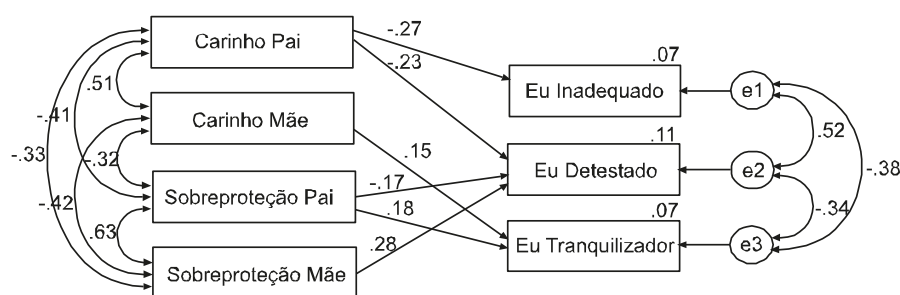


Figura 5.25. Modelo de regressão linear múltipla multivariada reajustado entre as formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) e os estilos parentais (PBI)

O modelo ajustado significativo explica 11%, 7% e 7% da variabilidade das variáveis *eu detestado*, *eu inadequado* e *eu tranquilizador*, respetivamente. As trajetórias *carinho Pai* → *eu inadequado* ($b_{euinadeq.carinhopai} = -.278$; $EP_b = .075$, $Z = -3.696$; $p < .001$; $\beta_{euinadeq.carinhopai} = -.272$), *carinho pai* → *eu detestado* ($b_{eudetec.carinhopai} = -.070$; $EP_b = .024$, $Z = -2.895$; $p = .004$; $\beta_{eudetec.carinhopai} = -.227$), *sobreproteção pai* → *eu detestado* ($b_{eudetec.sobreproteçãopai} = -.058$; $EP_b = .029$, $Z = -1.989$; $p = .047$; $\beta_{eudetec.sobreproteçãopai} = -.172$), *sobreproteção pai* → *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.sobreproteçãopai} = -.160$;

$EP_b = .068$, $Z = -2.352$; $p = .019$; $\beta_{\text{eutralq.sobreproteçãopai}} = -.179$), *sobreproteção mãe* \rightarrow *eu detestado* ($b_{\text{eudetes.sobreproteçãomãe}} = .081$; $EP_b = .024$, $Z = 3.350$; $p < .001$; $\beta_{\text{eudetes.sobreproteçãomãe}} = .277$) e *carinho mãe* \rightarrow *eu tranquilizador* ($b_{\text{eutralq.carinhomãe}} = .150$; $EP_b = .077$, $Z = 1.960$; $p = .050$; $\beta_{\text{eutralq.carinhomãe}} = .149$) mostraram-se estatisticamente significativas. O teste às covariâncias entre ‘ e_1 e e_2 ’ ($Z = 5.748$, $p < .001$; $r = .525$), ‘ e_2 e e_3 ’ ($Z = -4.006$, $p < .001$; $r = -.342$) e ‘ e_1 e e_3 ’ ($Z = -4.426$, $p < .001$; $r = -.383$) revelou que estas são estatisticamente significativas. As correlações entre as variáveis preditoras mostraram-se estatisticamente significativas, em que os coeficientes de correlação variaram entre $-.42$ e $.63$ ($p < .001$), o que sugere a possível existência de multicolinearidade. Nenhuma das variáveis preditoras (carinho e sobreproteção) apresentou valores de VIF (*Variance Inflation Factor*) > 5 (Kline, 2005; Maroco, 2010b).

Os resultados obtidos neste estudo sugerem, em termos gerais, que os estilos parentais relacionados com a ausência de calor, cuidado e zelo (frieza e rejeição) e/ou controlo e sobreproteção desempenham um papel importante no desenvolvimento do autocrítico e da autocompaixão. Em contraste, a existência de estilos parentais positivos ou funcionais parece influenciar o desenvolvimento de competências de autotranquilização e autocompaixão, fundamentais para a autorregulação em situações de *stress* e ameaça. Por outro lado, parece proteger da possibilidade de ocorrência de uma relação interna pautada pelo criticismo e condenação ao *eu*. Numa análise mais detalhada, a percepção de uma mãe excessivamente protetora, intrusiva e controladora, rígida e com elevados padrões de realização parece contribuir para um estilo autocrítico centrado em sentimentos de autodesprezo e aversão e no desejo de magoar, punir ou perseguir o *eu*, perante situações de erro ou fracasso. Verificou-se o mesmo padrão para a figura paterna, em que a sobreproteção constitui também um preditor significativo (apesar de menos expressivo) do autocrítico na sua forma mais patogénica (*eu detestado*). Por oposição, a existência de atitudes e comportamentos da figura paterna de reforço, incentivo e de reconhecimento e estímulo da autonomia e individualidade dos filhos (permissão de autonomia) dificulta o desenvolvimento de uma relação interna do *eu* com o *eu* focada quer em sentimentos de inadequação e inferioridade do *eu*, quer em sentimentos de desprezo e ódio pelo *eu*. Por fim, a existência de uma mãe carinhosa, protetora e compreensiva facilita o desenvolvimento de uma relação interna de calma, tranquilidade e aceitação e de um sentido de segurança do *eu* com o *eu*, e a existência de um pai afável e caloroso protege da possibilidade de recrutar para a relação interna do *eu* com o *eu* uma orientação autocrítica defensiva.

4.3.5. Modelo explicativo da Psicopatologia

Neste estudo, pretende-se compreender o impacto das formas de autocrítico e autotranquilização na relação entre os estilos parentais na infância e os sintomas psicopatológicos. Para o efeito, foi testado um modelo causal dos estilos parentais (carinho e sobreprote-

ção) mediado pelas formas do autocrítica e autotranquilização, com o recurso a um modelo de análise de trajetórias (*Path Analysis*). A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo Método da Máxima Verosimilhança. A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis (DM^2). Nenhuma variável apresentou valores de Sk e de Ku indicadores de violações severas à distribuição normal (i.e., $Sk < |3|$; $Ku < |10|$; Kline, 1998). A significância dos efeitos indiretos foi avaliada mediante amostragem *Bootstrap*. A significância dos efeitos indiretos e dos efeitos totais foi avaliada mediante amostragem *Bootstrap*. A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, a saber: χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA, p [$rmsea \leq .05$] (Maroco, 2010a).

4.3.5.1. O efeito mediador do Autocrítica/Autotranquilização na relação entre os estilos parentais e a Depressão

Testou-se o efeito das sete variáveis em estudo nos sintomas depressivos: estilos parentais percebidos durante a infância e as formas do autocrítica e autotranquilização. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 5.26.), os estilos parentais de carinho materno e paterno e de sobreproteção materna e paterna são consideradas variáveis exógenas independentes; as formas de autocrítica e autotranquilização são variáveis endógenas mediadoras e, finalmente, a depressão é considerada uma variável endógena dependente. A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.26.

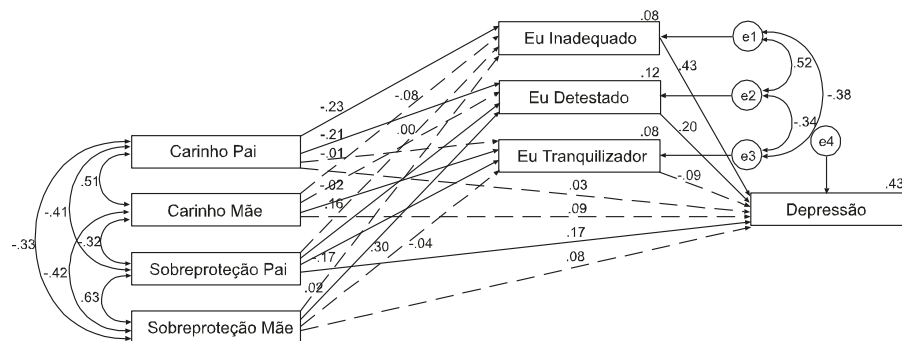


Figura 5.26. Impacto dos estilos parentais (PBI) e do autocrítica/autotranquilização (FSCRS) na depressão (EADS-42)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo proposto resultou na reespecificação do modelo, com a eliminação das trajetórias que não apresentaram uma contribuição significativa, a saber: da *sobreproteção pai* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.sobreproteçãopai} = .003$; $EP_b = .116$, $Z = .028$; $p = .978$; $\beta_{euinadeq.sobreproteçãopai} = .003$); do *carinho pai* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.carinhopai} = -.010$; $EP_b = .077$, $Z = -.129$; $p = .897$; $\beta_{eutranq.carinhopai} = -.012$); do *carinho mãe* sobre o *eu detestado* (b_{eude-

tes.carinhomãe = -.006; $EP_b = .035$, $Z = -.165$; $p = .869$; $\beta_{eudetes.carinhomãe} = -.015$); da *sobreproteção mãe* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.sobreproteçãomãe} = .019$; $EP_b = .082$, $Z = .228$; $p = .820$; $\beta_{euinadeq.sobreproteçãomãe} = .019$); da *sobreproteção mãe* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.sobreproteçãomãe} = -.025$; $EP_b = .075$, $Z = -.335$; $p = .738$; $\beta_{eutranq.sobreproteçãomãe} = -.032$); do *carinho pai* sobre a *depressão* ($b_{depressão.carinhopai} = .034$; $EP_b = .091$, $Z = .370$; $p = .712$; $\beta_{depressão.carinhopai} = .028$); da *sobreproteção mãe* sobre a *depressão* ($b_{depressão.sobreproteçãomãe} = .090$; $EP_b = .097$, $Z = .930$; $p = .352$; $\beta_{depressão.sobreproteçãomãe} = .079$); do *carinho mãe* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.carinhomãe} = -.091$; $EP_b = .097$, $Z = -.934$; $p = .350$; $\beta_{euinadeq.cuidadomãe} = -.072$); do *carinho mãe* sobre a *depressão* ($b_{depressão.carinhomãe} = .120$; $EP_b = .097$, $Z = 1.239$; $p = .215$; $\beta_{depressão.cuidadomãe} = .082$); e do *eu tranquilizador* sobre a *depressão* ($b_{eutranq.depressão} = -.121$; $EP_b = .101$, $Z = -1.189$; $p = .234$; $\beta_{eutranq.depressão} = -.083$). A Tabela 5.18. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da depressão.

O modelo final ajustado explica 41% da variabilidade da depressão. O estilo parental *carinho pai* apresentou um efeito total de -.158 sobre a *depressão*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites]-.246; -.071[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito indireto, mediado pelo *eu detestado*, de -.103 ($\beta = -.227 \times .454$), sugere que os indivíduos que se recordam de atitudes de frieza e rejeição por parte do pai e que se autocriticam e autoperseguem tendem a apresentar mais sintomatologia depressiva. Este efeito representa 65% ($-.103/-.158 = .652$) do efeito total do *carinho pai* sobre a *depressão*. O modelo permitiu ainda verificar um efeito indireto do *carinho pai* mediado pelo *eu inadequado* de -.055 ($\beta = -.272 \times .202$). Este efeito representa 35% ($-.055/-.158 = .348$) do efeito total das recordações de *carinho* e suporte emocional por parte do pai sobre a *depressão*. O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites]-.246; -.071[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$.

Tabela 5.18. Estimativas estandardizadas de coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo de depressão

		Estimativas	EP	Z	p
Eu Inadequado (FSCRS)	← Carinho Pai (PBI)	-.272	.075	-3.696	***
Eu Detestado (FSCRS)	← Carinho Pai (PBI)	-.227	.024	-2.895	.004
Eu Detestado (FSCRS)	← Sobreproteção Mãe (PBI)	.277	.024	3.350	***
Eu Detestado (FSCRS)	← Sobreproteção Pai (PBI)	-.172	.029	-1.989	.047
Depressão (EADS-42)	← Eu Detestado (FSCRS)	.454	.285	6.139	***
Depressão (EADS-42)	← Eu Inadequado (FSCRS)	.202	.086	2.727	.006
Eu Tranquilizador (FSCRS)	← Carinho Mãe (PBI)	.149	.077	1.960	.050
Eu Tranquilizador (FSCRS)	← Sobreproteção Pai (PBI)	-.179	.068	-2.352	.019
Depressão (EADS-42)	← Sobreproteção Pai (PBI)	.198	.081	3.180	.001

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; PBI = Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais.

Quanto à *sobreproteção pai*, o modelo obtido mostrou um efeito total de .120 sobre a *depressão*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com

limites $]-.028; .279[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .115$. Apresentou um efeito direto de $\beta = .198$, para um I.C. a 95% com limites $].078; .321[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .002$. O efeito indireto sobre a *depressão* mediado pelo *eu detestado* é de $-.078$ ($\beta = -.172 \times .454$). Este efeito representa 65% ($-.078/.120 = .65$) do efeito total da *sobreproteção pai* sobre a *depressão*. O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites $]-.168; .001[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .052$. Por sua vez, a *sobreproteção mãe* apresentou um efeito total de $.126$ sobre a *depressão*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].047; .223[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .003$. O efeito indireto sobre a *depressão* mediado pelo *eu detestado* é de $.126$ ($\beta = .277 \times .454$), o que sugere que os indivíduos que se recordam de atitudes e comportamentos da mãe de controlo excessivo, criticismo e sobreproteção e que se autocriticam com sentimentos de repugnância e desprezo pelo *eu* apresentam mais sintomatologia depressiva. Este efeito representa 100% ($.126/.126 = 1.00$) do efeito total deste estilo parental sobre a depressão. A significância estatística do efeito indireto foi efetuada novamente com reamostragem *Bootstrap* enquadrada com um I.C. a 95% com limites $].047; .223[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .003$. O modelo permitiu ainda identificar dois efeitos diretos significativos entre o *carinho mãe* e o *eu tranquilizador* ($\beta = .149$), para um I.C. a 95% com limites $].002; .292[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .048$; e a *sobreproteção pai* e o *eu tranquilização* ($\beta = -.179$), um I.C. a 95% com limites $]-.330; -.033[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .019$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 4.992$, $p = .892$; CFI = 1.000; TLI = 1.040; RMSEA = .000; $p [rmsea \leq .05]$). A Figura 5.27. representa o modelo final ajustado com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da depressão.

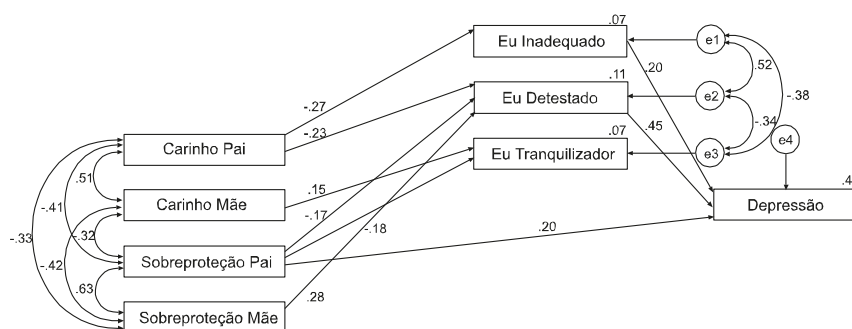


Figura 5.27. Modelo final de mediação das formas do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS) sobre a depressão (EADS-42)

4.3.5.2. O efeito mediador do Autocriticismo/Autocompaixão na relação entre os estilos parentais e a Ansiedade

Neste estudo, foi testado um modelo causal dos estilos parentais na ansiedade mediado pelas formas do autocriticismo e autotranquilização. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 5.28.) as memórias de carinho materna e paterna e de sobreproteção materna e paterna são consideradas variáveis exógenas independentes; as formas de autocriticismo e autotranquilização são variáveis endógenas mediadoras e, finalmente, a ansiedade é considerada uma variável endógena dependente. A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.28.

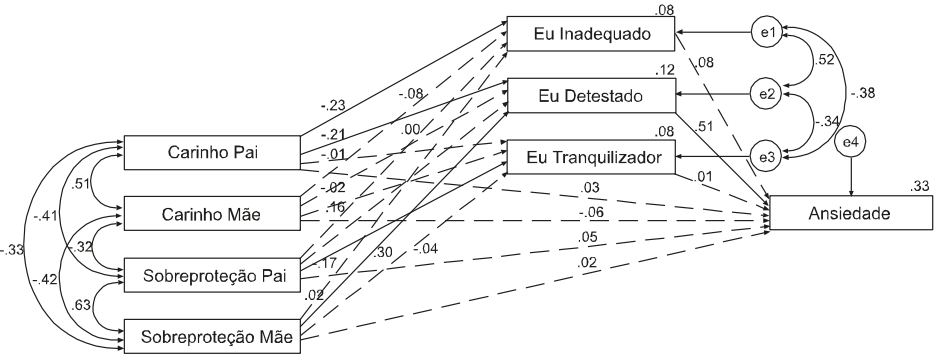


Figura 5.28. Impacto dos estilos parentais (PBI) e do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS) na ansiedade (EADS-42)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respectiva significância no modelo proposto resultou na eliminação das trajetórias não significativas. A remoção individual destas trajetórias pressupôs a reanálise dos modelos intermediários até à elaboração do modelo final. A Tabela 5.19. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da ansiedade.

Tabela 5.19. Estimativas estandardizadas de coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo de ansiedade

			Estimativas	EP	Z	p
Eu Detestado (FSCRS)	←	Carinho Pai (PBI)	-.172	.024	-2.254	.024
Eu Detestado (FSCRS)	←	Sobreproteção Mãe (PBI)	.181	.020	2.622	.009
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Carinho Pai (PBI)	-.254	.074	-3.484	***
Ansiedade (EADS-42)	←	Eu Detestado (FSCRS)	.564	.215	8.439	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Sobreproteção Pai (PBI)	-.241	.065	-3.328	***

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; PBI = Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais.

O modelo final ajustado explica 32% da variabilidade da *ansiedade*. Todas as trajetórias são estatisticamente significativas com exceção dos efeitos da *sobreproteção pai* sobre o *eu inadequado* ($b_{\text{euinadeq.sobreproteçãopai}} = .003$; $EP_b = .116$, $Z = .028$; $p = .978$; $\beta_{\text{euinadeq.sobreproteçãopai}} = .003$); do *eu tranquilizador* sobre a *ansiedade* ($b_{\text{eustranq.ansiedade}} = .008$; $EP_b = .092$, $Z = .092$; $p =$

.927; $\beta_{\text{eutralq.ansiedade}} = .007$); do *carinho pai* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{eutralq.cuidadopai}} = -.010$; $EP_b = .077$, $Z = -.129$; $p = .897$; $\beta_{\text{eutralq.cuidadopai}} = -.012$); do *carinho mãe* sobre o *eu detestado* ($b_{\text{eudetes.carinhomãe}} = -.006$; $EP_b = .035$, $Z = -.165$; $p = .869$; $\beta_{\text{eudetes.cuidadomãe}} = -.015$); da *sobreproteção mãe* sobre o *eu inadequado* ($b_{\text{euinadeq.sobreproteçãomãe}} = .019$; $EP_b = .082$, $Z = .228$; $p = .820$; $\beta_{\text{euinadeq.sobreproteçãomãe}} = .019$); da *sobreproteção mãe* sobre a *ansiedade* ($b_{\text{ansiedade.sobreproteçãomãe}} = .020$; $EP_b = .087$, $Z = .232$; $p = .816$; $\beta_{\text{ansiedade.sobreproteçãomãe}} = .021$); da *sobreproteção mãe* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{eutralq.sobreproteçãomãe}} = -.025$; $EP_b = .075$, $Z = -.335$; $p = .738$; $\beta_{\text{eutralq.sobreproteçãomãe}} = -.032$); do *carinho pai* sobre a *ansiedade* ($b_{\text{ansiedade.carinhopai}} = .029$; $EP_b = .082$, $Z = .359$; $p = .719$; $\beta_{\text{ansiedade.carinhopai}} = .030$); da *sobreproteção pai* sobre a *ansiedade* ($b_{\text{ansiedade.sobreproteçãopai}} = .054$; $EP_b = .076$, $Z = .709$; $p = .488$; $\beta_{\text{ansiedade.sobreproteçãopai}} = .050$); do *eu inadequado* sobre a *ansiedade* ($b_{\text{euinadeq.ansiedade}} = .070$; $EP_b = .077$, $Z = .906$; $p = .365$; $\beta_{\text{euinadequado.ansiedade}} = .072$); do *carinho mãe* sobre o *eu inadequado* ($b_{\text{euinadeq.carinhomãe}} = -.091$; $EP_b = .097$, $Z = -.934$; $p = .350$; $\beta_{\text{euinad.carinhomãe}} = -.072$); do *carinho mãe* sobre a *ansiedade* ($b_{\text{ansiedade.carinhomãe}} = -.089$; $EP_b = .083$, $Z = -1.076$; $p = .282$; $\beta_{\text{ansiedade.carinhomãe}} = -.073$); do *carinho mãe* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{eutralq.carinhomãe}} = .150$; $EP_b = .077$, $Z = 1.960$; $p = .050$; $\beta_{\text{eutralq.carinhomãe}} = .149$); e da *sobreproteção pai* sobre o *eu detestado* ($b_{\text{eudetes.sobreproteçãopai}} = -.055$; $EP_b = .029$, $Z = -1.898$; $p = .058$; $\beta_{\text{euinadeq.sobreproteçãopai}} = -.165$) (trajetórias eliminadas).

Os resultados obtidos mostram que, neste modelo, o *carinho paterno* apresentou um efeito total de $-.097$ sobre a *ansiedade*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $]-.187; -.012[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .023$. O efeito indireto, mediado pelo *eu detestado*, de $-.097$ ($\beta = -.172 \times .564$), indica que os indivíduos que recordam o pai como caloroso e compreensivo e se autocriticam menos (não tendo uma relação odiada com *eu*) tendem a manifestar menos sintomatologia ansiosa. Este efeito indireto corresponde a 100% ($-.097/-.097 = 1$) do efeito total do *carinho pai* percebido sobre a *ansiedade*. O teste da significância estatística deste efeito indireto foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites $]-.187; -.012[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .023$.

Por sua vez, a *sobreproteção materna* apresentou também um efeito total de $.102$ sobre a *ansiedade*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].028; .183[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .016$. O efeito indireto, mediado pelo *eu detestado*, de $.102$ ($\beta = .181 \times .564$) representou 100% ($.102/.102 = 1$) do efeito total deste estilo parental percebido sobre a *ansiedade*. O teste da significância estatística deste efeito indireto foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].028; .183[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .016$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 11.057$, $p = .682$; CFI = 1.000; TLI = 1.018; RMSEA = .000; $p[\text{rmsea} \leq .05]$). A Figura 5.29. representa o modelo final ajustado com as estimativas estandarizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da *ansiedade*.

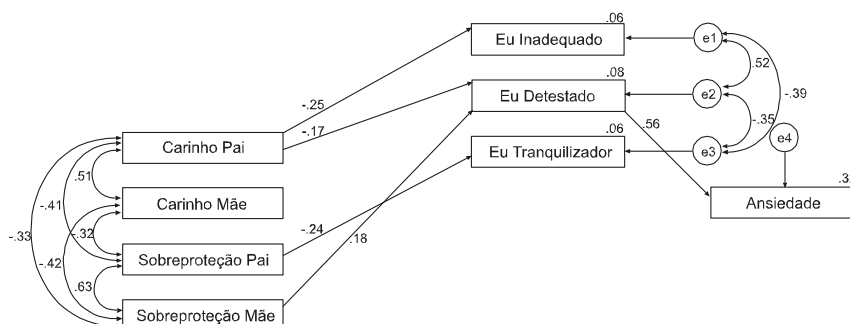


Figura 5.29. Modelo final de mediação das formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) sobre a ansiedade (EADS-42)

4.4. Discussão

Diversos estudos têm mostrado que a ausência de cuidado parental, quer por parte do pai quer por parte da mãe, está associada à vulnerabilidade para a depressão durante a vida (Parker et al., 1995). No mesmo sentido, noutro estudo realizado com 714 doentes, os resultados obtidos sugeriram que a depressão, na idade adulta, se associa à rejeição e controlo parental pela utilização de avaliações negativas, pouco carinho e manipulação através da vergonha por parte dos pais (Crook, Raskin, & Eliot, 1981 citado por Canavarro, 1997). Contudo, Mackinnon e colaboradores (1989 citado por Oakley-Browne et al., 1995) defendem que a ausência de cuidado/carinho, mais do que a sobreproteção, constitui um fator de risco para a depressão.

Partindo da literatura e dos resultados obtidos nos estudos anteriores, o nosso propósito era explorar a contribuição das dimensões carinho e sobreproteção dos estilos parentais percebidos para o desenvolvimento das formas do autocrítico e da autocompaixão. O segundo objetivo prendia-se com estudar o papel mediador destes processos internos (autocrítico e autocompaixão) na relação entre os estilos parentais e os sintomas depressivos e ansiosos.

A matriz de correlações mostrou que a dimensão *carinho mãe* se associou negativa e significativamente com as formas do autocrítico. A correlação mais expressiva revelou-se com o *eu tranquilizador*, com mais recordações de cuidado, afeto e zelo por parte da figura materna a corresponder a mais competências autocompassivas. A subescala *carinho pai* mostrou-se negativamente correlacionada com as formas negativas do autocrítico, o que sugere que a existência de recordações de um pai cuidador e afetuoso está associada a menos autocrítico. Não apresentou associação estatisticamente significativa com o *eu tranquilizador*. Por sua vez, a recordação de uma mãe controladora e sobreprotetora correlacionou-se positivamente com o *eu detestado*, e negativamente com o *eu tranquilizador*, resultados que indicam que níveis elevados de recordação de comportamentos de sobreproteção e controlo da mãe estão associados a mais autocrítico focado em sentimentos de desprezo e aversão e no

desejo de atacar e perseguir o *eu*, e a menos autotranquilização e autocompaixão, como esperado. Por último, a subescala *sobreproteção pai* mostrou-se correlacionada com o *eu tranquilizador*, mas não com as formas negativas do autocriticismo. Isto sugere que a recordação da existência de atitudes de controlo e intrusividade por parte da figura paterna correspondem a menor autotranquilização. Relativamente à associação com os índices de psicopatologia, os resultados obtidos mostraram que o *carinho mãe* se correlaciona apenas com os sintomas ansiosos, em que a recordação de carinho e afeto por parte da figura materna está associada a menor sintomatologia ansiosa. Por sua vez, atitudes e comportamentos por parte do pai de cuidado, suporte e afeto associam-se a menores índices de psicopatologia (depressão e ansiedade). A dimensão de controlo e sobreproteção da figura materna revelou-se associada com a depressão e com a ansiedade, com coeficientes de correlação mais expressivos com a sintomatologia depressiva. Por último, a recordação da figura paterna como rígida e controladora associou-se apenas com a depressão. No que concerne à relação entre as formas do autocriticismo e autotranquilização e os sintomas psicopatológicos, os resultados obtidos vão no sentido do que é esperado, confirmando os estudos supracitados e os diversos estudos existentes na literatura (Castilho et al., 2012; Gilbert et al., 1996, 2004; Gilbert & Procter, 2006; Irons et al., 2006). Em suma, uma mãe calorosa, cuidadora e compreensiva, que funciona como um agente securizante e de *soothing*, parece estar relacionada com o desenvolvimento de competências de autotranquilização e autocompaixão. Pelo contrário, pouco afeto, carinho e compreensão por parte da figura materna mostra-se associado ao autocriticismo, num formato de inadequação e defeito e num formato mais negativo, de ódio e repugnância pelo *eu*. Em relação à figura paterna, os resultados obtidos sugerem que uma criança que se recorde do pai como cuidador, carinhoso e compreensivo torna-se menos autocrítica, o que indica que estas memórias positivas exercem um papel protetor para o desenvolvimento do autocriticismo. Por fim, elevada expressividade emocional (criticismo e controlo intrusivo) e atitudes de sobreproteção por parte da figura materna mostraram-se associadas ao *eu detestado* e a uma menor autotranquilização e autocompaixão. A mesma atitude por parte da figura paterna parece associar-se a dificuldades no gerar de sentimentos de tolerância, compreensão e tranquilização pelo *eu*, perante contratempos e situações de fracasso.

Em relação à contribuição dos estilos parentais percebidos para a formação das formas do autocriticismo e da autotranquilização, os resultados obtidos com a RLMM sugerem que os estilos parentais relacionados com a ausência de calor, cuidado e zelo (frieza e rejeição) e/ou controlo e sobreproteção são especificamente importantes para o desenvolvimento do autocriticismo. Pelo contrário, as memórias de estilos parentais positivos e funcionais (carinho e cuidado) parecem contribuir para o desenvolvimento de competências de autotranquilização. É curioso explicitar que os resultados parecem sugerir a existência de uma influência diferencial no desenvolvimento destes processos internos consoante a figura parental a que se

referem (mãe ou pai). Como esperado e encontrado nos estudos anteriores, a percepção de uma mãe excessivamente protetora, intrusiva e controladora, parece contribuir para um estilo autocrítico centrado em sentimentos de autodesprezo e aversão e no desejo de magoar, punir ou perseguir o *eu*. Relativamente à mesma dimensão na figura paterna, este constituiu também um preditor significativo (apesar de menos expressivo) do autocriticismo na sua forma mais patogénica (*eu detestado*). Por oposição, a recordação de um pai caloroso, cuidador e afetivo, reforçador e atento às necessidades dos filhos e promotor da sua autonomia revela-se protetor da possibilidade do desenvolvimento do autocriticismo. A existência de uma mãe carinhosa e compreensiva facilita o desenvolvimento de uma relação interna de calma, tranquilidade e aceitação e de um sentido de segurança do *eu* com o *eu*. Estes dados clarificam e corroboram as hipóteses previamente formuladas, no sentido em que evidenciam que são as memórias de atitudes e comportamentos dos pais de calor, afeto e carinho que estão na base da internalização de esquemas *eu-outros* positivos, que pela estimulação de vias e sistemas cerebrais ligados ao *soothing* e vinculação, contribuem para o desenvolvimento da autocompaixão, central para o estabelecimento de relações positivas e afiliativas e para a autorregulação em situações de *stress* (Gilbert, 2009b, 2009e; Gilbert et al., 2006; Gilbert & Procter, 2006; Kelly et al., 2009; Trevarthen & Aitken, 2001).

Os resultados das análises estatísticas realizadas conduziram-nos a dois modelos explicativos da depressão e da ansiedade, em que a hipótese subjacente é que a psicopatologia (depressão e ansiedade) não é apenas determinada pela existência de estilos parentais disfuncionais mas também pela presença de estilos de autoavaliação negativos (autocriticismo) e positivos (autotranquilização). Realizaram-se para o efeito duas análises de trajetórias (*Path Analysis*).

O primeiro modelo testou a hipótese que os sintomas depressivos surgem pela ação mediada do autocriticismo e da autocompaixão na relação entre estilos parentais percebidos na infância e os sintomas depressivos e explicou 41% da sua variabilidade. Os resultados obtidos permitiram identificar um efeito de mediação do autocriticismo na relação entre o carinho/cuidado paterno e os sintomas depressivos. O *eu detestado* revelou-se o mediador mais robusto. Isto sugere que os indivíduos que se recordam do pai como uma figura intrusiva, crítica, fria e rejeitadora e que se autocriticam, particularmente, de forma persecutória e de ataque com sentimentos de autodesprezo e ódio pelo *eu* apresentam mais sintomas depressivos. No que concerne à sobreproteção paterna, identificou-se um efeito indireto deste estilo parental nos sintomas depressivos mediado pelo *eu detestado*, embora não significativo do ponto de vista estatístico ($p = .052$). De facto, a existência de atitudes e comportamentos de controlo, sobreproteção e de crítica por parte do pai que associadas a um estilo de processamento autocrítico focado em cognições de ataque e assédio ao *eu* e em sentimentos de aversão e ódio pelo *eu* aumentam a vulnerabilidade para a sintomatologia depressiva. Este resul-

tado ajuda-nos a perceber o mecanismo através do qual esta relação opera, apesar de não ser significativo do ponto de vista estatístico. Finalmente, a relação da sobreproteção da mãe na sintomatologia depressiva é mediada pela presença do autocriticismo caracterizado por uma relação detestada com o *eu*.

O segundo modelo testado explicou 32% da variabilidade da *ansiedade*. Os resultados obtidos mostraram que o *eu detestado* medeia a relação entre o carinho paterno e os sintomas ansiosos. Isto significa que os indivíduos que se recordam de pais frios e rejeitadores com uma relação detestada com o *eu* tendem a manifestar mais sintomatologia ansiosa. Ainda em relação ao estilo parental sobreproteção materna, o único mediador que se revelou estatisticamente significativo foi o *eu detestado*. Este resultado vai no mesmo sentido dos resultados obtidos acerca da ansiedade nos estudos acima apresentados. A explicação para este resultado já foi elaborada nas discussões dos dois estudos anteriores.

Em síntese, em primeiro lugar, mais uma vez estes dados evidenciam a existência de diferenças nas atitudes, estilos e práticas educativas consoante administradas pela mãe ou pai. A ausência de carinho e compreensão por parte das figuras parentais tem um impacto no desenvolvimento do autocriticismo, impedindo a criança de aceder a outro sistema de regulação de afeto e, dessa forma, relacionar-se consigo mesma de forma positiva e tranquilizadora. Isto significa que a incapacidade dos pais atuarem como agentes securizantes e promotores da autonomia dos filhos influencia o aparecimento de um estilo interno de autoavaliação crítica, em situações de fracasso ou quando as coisas correm mal. Por outro lado, os sinais de carinho, calor e afeição manifestados pelos progenitores revelam-se sinais biologicamente potentes na ativação de um sentido interno de segurança e bem-estar (Bowlby, 1969; Bailey, 2000; Field, 1998; Gilbert, 1993, 2000d; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996). O sentimento de segurança ligado à disponibilidade protetora e à atitude calorosa e de compreensão da figura de vinculação em que esta é percecionada como capaz de proteger de perigo e de sinais de ameaça e de expressar afeto e reforço facilitará a ativação de sistemas de processamento mais evoluídos, como a autocompaixão e *self-soothing* (Gilbert, 2000c; Liotti & Gilbert, in press). Em segundo lugar, ressalta o papel significativo e marcado do autocriticismo, em especial a sua forma mais disruptiva, resultado já confirmado nos estudos supracitados neste capítulo e encontrados noutros estudos (Gilbert, 2009d; Gilbert et al., 1996; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Harman & Lee, 2009; Kelly et al., 2009).

5. Estudo 4: Memórias de Vergonha, Autocriticismo/Autocompaixão, Psicopatologia e comportamentos de Submissão

5.1. Objetivos

O presente estudo pretende explorar a relação entre as memórias de vergonha (centrais para a identidade e com carácter traumático), as formas do autocriticismo e autotranqui-

lização, os sintomas psicopatológicos e os comportamentos de submissão no estado adulto. A nossa primeira hipótese é que os indivíduos, cujas memórias de vergonha ocorridas na infância e adolescência se constituem como centrais para a história de vida e identidade do indivíduo e que possuem características traumáticas, apresentem mais autocriticismo (e de forma oposta menos autocompaixão), mais sintomas depressivos e ansiosos e manifestem mais comportamentos de submissão no estado adulto. A segunda hipótese prende-se com o investigar a contribuição relativa das memórias de vergonha para o desenvolvimento do autocriticismo e autocompaixão. Nesta linha, e de acordo com o hipotetizado acima espera-se que as formas negativas do autocriticismo e a autocompaixão desempenhem um papel preponderante como mediadores na relação entre a centralidade da experiência de vergonha, as memórias traumáticas de uma experiência de vergonha, os sintomas psicopatológicos e os comportamentos de submissão.

5.2. Método

5.2.1. Amostra

Para a realização deste estudo foi constituída uma amostra de conveniência, da população geral, recrutada nos distritos de Porto, Aveiro e Coimbra. Consideraram-se na seleção da amostra determinados critérios de exclusão: (a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; (b) preenchimento incompleto das escalas; (c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão que comprometeriam o preenchimento correto das escalas. A amostra total ficou constituída por 256 sujeitos da população geral, 81 do género masculino (31.64%) com uma idade média de 37.68 ($DP = 12.01$) e 175 do género feminino (68.36%), com uma média de idades de 36.56 ($DP = 10.51$). A idade mínima dos participantes é de 18 anos e a máxima de 65 anos e o mínimo de anos de escolaridade é de 4 e o máximo de 20 anos de escolaridade. A média de idades do total da amostra é de 36.91 ($DP = 10.99$) e a média dos anos de escolaridade é de 13.04 ($DP = 3.76$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros na distribuição das variáveis idade, $t_{(254)} = .76, p = .450$, e anos de escolaridade, $t_{(254)} = -1.59, p = .112$. Em relação ao estado civil, 56.64% dos participantes são casados ou vivem em união de facto ($n = 145$), 36.3% são solteiros ($n = 93$), 5.5% são divorciados ($n = 14$) e 1.6% são viúvos. Quanto ao nível socioeconómico, 156 (60.9%) indivíduos pertencem a um nível socioeconómico médio, 71 (27.7%) pertencem a um nível socioeconómico baixo e 29 (11.3%) pertencem a um nível socioeconómico elevado. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros no estado civil, $\chi^2_{(2)} = 5.51, p = .239$, e no nível socioeconómico, $\chi^2_{(2)} = .26, p = .878$ (cf. Tabela 5.20.).

Tabela 5.20. Características demográficas da amostra (N = 256)

	Masculino (n = 81)		Feminino (n = 175)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	37.68	12.01	36.56	10.51	.76	.450
Anos de Escolaridade	12.49	4.03	13.30	3.62	-1.59	.112
	n	%	n	%	χ^2	p
Estado Civil					5.51	.239
Solteiro	31	12.11	62	24.22		
Casado	45	17.58	85	33.20		
Divorciado	3	1.17	11	4.30		
Viúvo	0	0	4	1.56		
União de Facto	2	.78	13	5.08		
Nível Socioeconómico					.26	.878
Baixo	21	8.20	50	19.53		
Médio	50	19.53	106	41.41		
Alto	10	3.90	19	7.43		

5.2.2. Instrumentos

Cada participante completou uma bateria de medidas de autorrelato específicas, a saber: a) Escala da Centralidade do Acontecimento (CES; *Centrality of Event Scale*) para avaliação da centralidade de um acontecimento (traumático) na identidade e na história de vida de um indivíduo; b) Escala do Impacto do Acontecimento – Revista (IES-R; *Impact of Event Scale-Revised*) para avaliação do sofrimento subjetivo, que advém de uma experiência específica de vergonha da infância ou adolescência. Neste estudo, assim como noutros estudos prévios (Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Matos et al., 2011), procedeu-se à modificação das instruções da IES-R para induzir aos participantes uma memória de vergonha, sendo o preenchimento da escala feito de acordo com essa memória de vergonha. Os participantes foram instruídos para responderem ao questionário com base no impacto que a recordação dessa experiência de vergonha significativa da infância ou adolescência teve nas suas vidas em geral. Depois de uma breve introdução acerca do conceito de vergonha foi dada a seguinte instrução: *De seguida, por favor, tente recordar uma situação ou experiência significativa na qual tenha sentido vergonha, durante a sua infância e/ou adolescência. Em baixo, encontra-se uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem após acontecimentos de vida indutores de stress. Por favor, leia cada item e de seguida indique o grau de perturbação/sofrimento que a dificuldade lhe tem provocado ao longo da sua vida, a partir de 6 meses após o acontecimento. Isto é, em relação à experiência de vergonha que lhe ocorreu, quanto é que se sentiu perturbado ou incomodado por estas dificuldades.*, c) Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS; *Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale*) para avaliação das formas do autocriticismo/autotranquilização; d) Escala de Comportamentos de Submissão (SBS; *Submission Behaviour Scale*); e e) Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-42; *Depression, Anxiety and Stress Scales*) para avaliação da psicopatologia (ansiedade e depressão). A caracterização das medidas é descrita, em detalhe, no Capítulo 3, no ponto 3.

5.2.3. Procedimento

Os sujeitos participantes, da população geral, foram recrutados nos distritos do Porto, Aveiro e de Coimbra. Foi-lhes fornecida uma bateria de instrumentos para avaliação das memórias de vergonha, das formas do autocriticismo e da autocompaixão, da comparação social e dos comportamentos de submissão. Para além disso, preencheram também uma folha de rosto com informação sumária referente aos dados demográficos, que contempla ainda uma breve descrição dos objetivos do presente estudo. Foi explicado a cada um dos sujeitos participantes a importância do preenchimento correto e completo da bateria de escalas, a confidencialidade das respostas e solicitada a assinatura do consentimento de participação.

5.2.4. Estratégia analítica

O presente estudo apresenta um desenho transversal. Para a comparação da média amostral de dois grupos independentes nas variáveis em estudo recorreu-se ao teste *t* de Student para amostras independentes. Os pressupostos exigidos para a aplicação deste teste estatístico foram devidamente analisados (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias). Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Howell, 2007; Maroco, 2010a). Para o estudo de natureza correlacional foram realizadas matrizes de correlação de Pearson para explorar as associações entre as memórias de vergonha, as formas do autocriticismo (*eu inadequado* e *eu detestado*) e autotranquilização, os sintomas psicopatológicos (depressão e ansiedade), e os comportamentos de submissão. Efetuou-se um modelo de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) para explorar a relação entre três variáveis dependentes ou critério (formas de autocriticismo e autotranquilização) e duas variáveis independentes ou preditoras (memórias de vergonha com caráter traumático e autobiográfico). A avaliação da qualidade do modelo foi feita através dos testes à significância do R^2 e à significância dos coeficientes de regressão, uma vez assegurada a correta estimação dos mesmos e dos respetivos erros-padrão. De uma maneira geral, consideram-se coeficientes de determinação (R^2) superiores a .05 indicadores de modelos com capacidades explicativas adequadas ($H_0: p^2 = 0$ versus $H_0: p^2 \neq 0$) (Maroco, 2010b). Por último, pretendia-se explorar se estes processos internos medeiam a relação entre memórias de vergonha e a psicopatologia e comportamentos de submissão. Foi proposto um modelo causal com recurso a análise de trajetórias (*Path Analysis*). Assim, no diagrama de trajetórias as memórias traumáticas de vergonha e as memórias centrais para a construção da identidade foram consideradas variáveis exógenas independentes, as formas do autocriticismo e autotranquilização variáveis endógenas mediadoras e os sintomas psicopatológicos e os comportamentos de submissão como variáveis endógenas dependentes.

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software* PASW (*Predictive Analytics Software*) *Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA) e com *Software* Amos (*Analysis of Moment Structures*) (versão 19; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

5.3. Resultados

5.3.1. Análise preliminar dos dados

As variáveis em estudo não apresentaram uma distribuição normal e os valores de simetria e achatamento obtidos não revelaram graves envezamentos (valores de *Skewness* $<|3|$ e de *Kurtosis* $<|10|$; Kline, 1998). Optou-se pela aplicação de testes paramétricos pela robustez que estes apresentam face a violações à normalidade das variáveis, e porque a amostra não é extremamente pequena ($n < 30$). A análise dos *outliers* foi efetuada através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). Foram analisados os pressupostos do teste paramétrico *t*-Student para amostras independentes, no que respeita à normalidade das distribuições e à homogeneidade das variâncias. A análise de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) foi validada tendo em conta os pressupostos de normalidade multivariada (coeficientes de assimetria (*Sk*) e de curtose (*Ku*) uni e multivariada), da existência de *outliers*, sendo esta última avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis-DM² (i.e., p_1 ; $p_2 < .05$, como indicador de possível *outlier*) e da presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes. Os VIF foram calculados com o *Software* PASW (*Predictive Analytics Software*) *Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA) e nenhuma variável apresentou VIF indicadores de multicolinearidade.

5.3.2. Estatística descritiva

Para testar a significância das diferenças entre o género nas variáveis em estudo realizaram-se testes *t*-Student para amostras independentes. Consideraram-se significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010a). A Tabela 5.21. apresenta as diferenças entre o género para as variáveis em estudo.

Tabela 5.21. Médias e desvios-padrão para o total da amostra (N = 256) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo, e valores de alfa de Cronbach

	Total (N = 256)		Masculino (n = 81)		Feminino (n = 175)		<i>t</i>	<i>p</i>	α
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Memórias de Vergonha									
Centralidade da Experiência Vergonha (CES)	44.72	17.51	43.37	17.10	45.34	17.71	-.84	.403	.96
Experiência Traumática Vergonha (IES-R)	1.30	.82	1.05	.72	1.36	.84	-2.85	.005	.97
Formas de Autocriticismo									
Eu Inadequado (FSCRS)	12.54	7.19	10.82	6.36	13.35	7.43	-2.67	.008	.88
Eu Detestado (FSCRS)	2.69	2.90	2.77	3.09	2.66	2.82	.28	.782	.68
Eu Tranquilizador (FSCRS)	17.23	5.91	17.52	5.90	17.10	5.93	.52	.602	.84
Psicopatologia									
Depressão (EADS-42)	5.31	5.66	4.62	5.10	5.63	5.89	-1.33	.184	.91
Ansiedade (EADS-42)	11.25	6.98	4.31	5.04	5.23	5.61	-1.28	.201	.90
Ranking Social									
Comportamentos de Submissão (SBS)	19.39	7.36	18.85	7.18	19.64	7.45	-.80	.427	.80

Nota. CES = Escala da Centralidade do Acontecimento; IES-R = Escala do Impacto do Acontecimento; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; SBS = Escala de Comportamentos de Submissão.

Os resultados indicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o género apenas nas memórias traumáticas de vergonha (IES-R), $t_{(254)} = -2.85$, $p = .005$ e na

subescala *eu inadequado* (FSCRS), $t_{(254)} = -2.67, p = .008$. Verifica-se que mulheres relatam mais memórias traumáticas de uma experiência de vergonha ($M = 1.36; DP = .84$) e apresentam valores médios mais elevados de autocrítica na forma de inadequação do *eu* ($M = 13.35; DP = 7.43$), comparativamente com os homens (cf. Tabela 5.21.). Todas as medidas de autorrelato em estudo apresentaram valores bons de consistência interna, à exceção da subescala *eu detestado* (FSCRS) que revelou um valor de alfa inferior a .70. Pela existência de diferenças no gênero nas variáveis supracitadas decidiu-se controlar o seu efeito através de uma análise de regressão múltipla hierárquica. Os dados obtidos mostraram o gênero não constitui um preditor significativo, pelo que as análises estatísticas subsequentes foram realizadas na amostra total.

5.3.3. Análises de correlação

Foram realizadas correlações de Pearson para analisar a relação entre as memórias de vergonha (CES e IES-R), as formas do autocrítica e autotranquilização (FSCRS), os sintomas psicopatológicos (EADS-42) e os comportamentos de submissão (SBS). Na Tabela 5.22. são apresentados os coeficientes de correlação obtidos entre as variáveis em estudo.

Tabela 5.22. Correlações entre as memórias de vergonha (CES e IES-R), as formas do autocrítica/autotranquilização (FSCRS), a depressão e a ansiedade (EADS-42), e os comportamentos de submissão (SBS)

Variáveis	CES	IES-R	Eu Inadequado	Eu Detestado	Eu Tranquilizador	Depressão	Ansiedade
IES-R	.52**						
Eu Inadequado (FSCRS)	.28**	.45**					
Eu Detestado (FSCRS)	.16**	.30**	.58**				
Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.04	-.05	-.05	.13*			
Depressão (EADS-42)	.23**	.34**	.45**	.49**	-.23**		
Ansiedade (EADS-42)	.32**	.33**	.24**	.36**	-.10	.74**	
SBS	.30**	.32**	.49**	.43**	-.05	.39**	.32**

Nota. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. CES = Escala da Centralidade do Acontecimento; IES-R = Escala do Impacto do Acontecimento-Revista; FSCRS = Escala das Formas do Autocrítica e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; SBS = Escala de Comportamentos de Submissão.

Memórias de Vergonha e formas do Autocrítica/Autotranquilização

As correlações obtidas entre as variáveis mostraram-se significativas e no sentido esperado da associação. A *centralidade da experiência da vergonha* (CES) mostrou-se significativamente correlacionada com as memórias traumáticas de uma experiência de vergonha (IES-R), com um coeficiente de correlação de magnitude moderada ($r = .52; p \leq .01$) (cf. Tabela 5.22.). A variância partilhada por estes dois tipos de memórias de vergonha sugere que são memórias significativas mas distintas. A *centralidade da experiência de vergonha* mostrou-se significativamente associada com a subescala *eu inadequado* ($r = .28; p \leq .01$) e com a subescala *eu detestado* ($r = .16; p \leq .01$), com coeficientes de correlação muito baixos. Estes resultados indicam que os indivíduos com experiências de vergonha que se constituem como pontos de referência na atribuição de significados na sua vida em geral e na construção da sua identidade tendem a ser mais autocríticos, em que as autoavaliações se centram mais na

inadequação, inferioridade ou defeitos do *eu*. O mesmo padrão se verifica para as memórias de vergonha com cariz traumático, em que as correlações assumem valores mais expressivos, sendo o valor mais baixo com a subescala *eu detestado* ($r = .30; p \leq .01$) e o valor mais elevado com a subescala *eu inadequado* ($r = .45; p \leq .01$). Isto sugere que a recordação de experiências de vergonha que assume características traumáticas está associada às formas negativas do autocrítico, em particular com a forma *eu inadequado*. Ou seja, os indivíduos com mais memórias traumáticas de vergonha possuem mais sentimentos e cognições autoavaliativas e autocríticas do *eu* como inadequado, defeituoso e indesejável, quando as coisas correm mal ou falham. Estas diferenças nas associações dos dois tipos de memórias de vergonha com as formas negativas do autocrítico indicam que são as memórias de vergonha com características traumáticas as mais expressivamente associadas ao autocrítico. Finalmente, em relação à subescala *eu tranquilizador*, que descreve uma atitude mais positiva, reforçadora e de tranquilização para com o eu, ambas as memórias de vergonha não se mostraram correlacionadas (cf. Tabela 5.22.). Isto porque, as experiências precoces de ameaça focadas na vergonha afetam a maturação e o desenvolvimento do sistema de *soothing* e afiliação. Este sistema para se desenvolver implica a existência nos primeiros anos de vida de experiências de calor e de *soothing* com as figuras de vinculação (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gerhardt, 2004; Gilbert, 2000b, 2000c, 2005b; Panksepp, 1998). Pertencem, portanto, a dois sistemas de regulação de afeto diferentes (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005b; Gilbert & Procter, 2006).

Memórias de Vergonha, Psicopatologia e *Ranking Social*

Mais uma vez, as correlações obtidas entre as memórias de vergonha e os sintomas psicopatológicos mostraram-se significativas e no sentido esperado da relação. Para ambas as memórias de vergonha, as associações são mais expressivas com os sintomas depressivos. Além disso, constata-se que os coeficientes de correlação obtidos são mais elevados com as memórias de vergonha de cariz traumático, quer para os sintomas depressivos ($r = .34; p \leq .01$), quer para os sintomas ansiosos ($r = .33; p \leq .01$), respetivamente. Neste sentido, indivíduos com mais experiências de vergonha que se revelam centrais para a sua identidade e vida ou com mais experiências de vergonha de cariz traumático apresentam mais sintomatologia depressiva e ansiosa. Em relação aos comportamentos de submissão, os dois tipos de memórias de vergonha apresentam associações positivas de magnitude baixa (cf. Tabela 5.22.). Este facto sugere os indivíduos que possuem mais memórias de vergonhas manifestam mais comportamentos de submissão no adulto.

Formas do Autocrítico e Autotranquilização, Psicopatologia e *Ranking Social*

As correlações das formas do autocrítico e autotranquilização com os sintomas

psicopatológicos são praticamente todas significativas, e no sentido esperado da associação. As associações mais fortes, de magnitude moderada, ocorrem com a depressão, sendo mais expressivas com a subescala *eu detestado* ($r = .49; p \leq .01$). O mesmo acontece com a ansiedade, em que as correlações de maior grandeza, apesar de magnitude baixa, são também com a forma mais tóxica e patogénica do autocrítico, o *eu detestado* ($r = .36; p \leq .01$). Por sua vez, a subescala *eu tranquilizador* mostrou-se apenas correlacionada significativamente com a depressão ($r = -.23; p \leq .01$), correspondendo pontuações elevadas de autotranquilização a menor sintomatologia depressiva. Os *comportamentos de submissão* apresentaram associações significativas positivas e moderadas com as formas negativas do autocrítico, sendo mais expressivas com a subescala *eu inadequado* ($r = .49; p \leq .01$). Estes resultados indicam que os indivíduos com níveis elevados de autocrítico focado em sentimentos de inadequação e inferioridade pelo *eu* tendem a ser mais submissos em adulto. Por fim, as correlações com a subescala *eu tranquilizador* não se mostraram estatisticamente significativas (cf. Tabela 5.22.).

5.3.4. Influência das memórias de Vergonha no desenvolvimento do Autocrítico e Autocompaixão

Com este estudo, pretende-se explorar a influência das memórias de vergonha para o desenvolvimento das formas do autocrítico e autotranquilização. Foi estabelecido, então, um modelo de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) entre as variáveis *eu inadequado*, *eu detestado* e *eu tranquilizador* (FSCRS) (variáveis dependentes) e as variáveis centralidade de uma experiência de vergonha (CES) e experiências de vergonha com cariz traumático (IES-R) (variáveis independentes). A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo Método da Máxima Verosimilhança. Procedeu-se à análise prévia dos pressupostos (normalidade de variáveis, existência de *outliers* e multicolinearidade entre as variáveis independentes). A representação gráfica do modelo RLMM hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.30. As trajetórias não significativas foram eliminadas, tendo-se obtido um modelo final reajustado, mais parcimonioso.

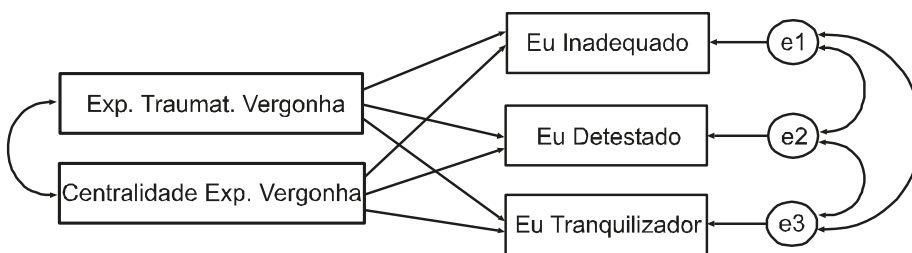


Figura 5.30. Influência das memórias de vergonha nas formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS).

A Figura 5.31. apresenta, então, o modelo final ajustado com as estimativas estandarizadas dos coeficientes de regressão e dos R^2 das variáveis dependentes.

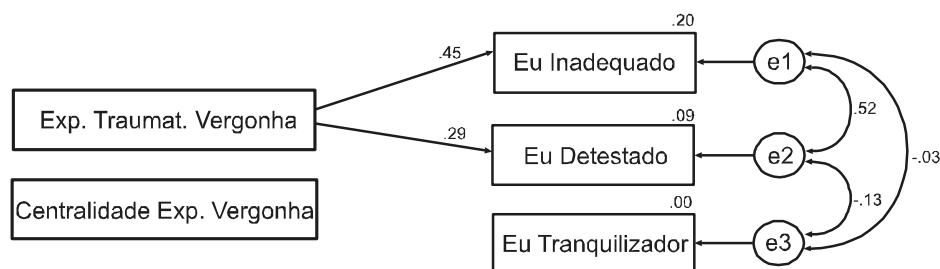


Figura 5.31. Modelo de regressão linear múltipla multivariada reajustado entre as formas do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS) e as memórias de vergonha traumáticas (IES-R)

O modelo ajustado explica 20% e 9% da variabilidade do *eu inadequado* e do *eu detestado*, respetivamente. As trajetórias $CES \rightarrow eu\ detestado$ ($b_{eudetes.CES} = .001$; $EP_b = .012$, $Z = .084$; $p = .933$; $\beta_{eudetes.CES} = .006$), $CES \rightarrow eu\ tranquilizador$ ($b_{eutralq.CES} = -.005$; $EP_b = .025$, $Z = -.221$; $p = .825$; $\beta_{eudetes.CES} = -.016$), $IES-R \rightarrow eu\ tranquilizador$ ($b_{eutralq.IES-R} = -.324$; $EP_b = .452$, $Z = -.718$; $p = .473$; $\beta_{eudetes.CES} = -.045$) e $CES \rightarrow eu\ inadequado$ ($b_{euiadeq.CES} = .023$; $EP_b = .023$, $Z = 1.028$; $p = .304$; $\beta_{eudetes.CES} = .057$) não se revelaram estatisticamente significativas pelo que foram removidas.

Os dados obtidos com esta análise sugerem que as memórias de vergonha com características traumáticas são os únicos preditores significativos das formas negativas do autocriticismo, na presença da centralidade das memórias de vergonha. Ou seja, estas experiências de vergonha são especialmente importantes para o desenvolvimento de uma relação interna hostil de dominância-submissão, caracterizada por cognições autoavaliativas negativas associadas a emoções defensivas (ansiedade, vergonha, raiva). Neste estudo, as experiências de vergonha com uma natureza traumática têm impacto significativo na formação de um estilo de relação autocrítico, em particular para o autocriticismo focado em cognições e sentimentos de inadequação e inferioridade do *eu* (*eu inadequado*). Resultado que corrobora os dados recentes de outros estudos, e que afirmam que as memórias de vergonha autobiográfica com cariz traumático (*intrusão*, *flashbacks*, evitamento emocional, hiperativação, dissociação), sendo respostas emocionais condicionadas, têm um impacto no processamento atencional e emocional e na formação de crenças autorreferentes (Ehlers & Clark, 2000; Gilbert, 2002a, 2003b; Pinto-Gouveia et al., 2011; Tomkins, 1981). São experiências de vergonha (outros como hostis, negligentes, abusivos e envergonhadores) que ao serem internalizadas constituem a base das representações internas (*eu* como inferior, inadequado, indesejável, mau), podendo ser reativadas em situações de *stress* e ameaça, gerando desconforto e vulnerabilidade para a psicopatologia (Baldwin, 2005; Brewin, 2006; Gilbert, 2007a, 2007c; Pinto-Gouveia et al., 2011).

5.3.5. Modelo explicativo da Psicopatologia e dos comportamentos de Submissão

Com base nos resultados obtidos, pretendia-se explorar o impacto das formas de autocriticismo e autotranquilização na relação entre as memórias de vergonha, os sintomas psicopatológicos e os comportamentos de submissão no adulto. Para isso, testou-se um modelo causal das memórias de vergonha mediado pelas formas do autocriticismo e autotranquilização, com recurso a modelos de análise de trajetórias (*Path Analysis*). A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo Método da Máxima Verosimilhança e a presença de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahanobis (DM^2). Apesar de se terem detetado algumas observações extremas, optou-se pela sua manutenção por constituírem fonte de interesse para o fenómeno em estudo. Nenhuma variável apresentou valores de assimetria e de curtose indicadores de violações severas à distribuição normal (i.e., $Sk < |3|$; $Ku < |10|$; Kline, 1998). A significância dos efeitos indiretos foi avaliada mediante reamostragem *Bootstrap*. Consideraram-se estatisticamente significativos os efeitos com $p < .05$. A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, a saber: χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA, p [$rmsea \leq .05$] (Maroco, 2010a).

5.3.5.1. O efeito mediador do Autocriticismo/Autocompaixão na relação entre as memórias de Vergonha e a Depressão

Foi testado um modelo causal das memórias traumáticas de vergonha na depressão mediado pelas formas do autocriticismo e autotranquilização. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 5.32.), as memórias de vergonha com características traumáticas e as memórias de vergonha autobiográficas centrais para a identidade são consideradas variáveis exógenas independentes; as formas de autocriticismo e autotranquilização são variáveis endógenas mediadoras e, finalmente, a depressão é considerada uma variável endógena dependente. Os pressupostos para esta análise foram testados através da utilização do *software* Amos (versão 19; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.32.

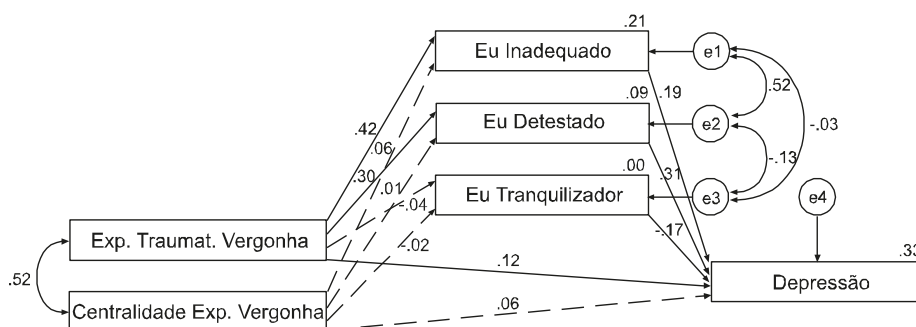


Figura 5.32. Impacto das memórias de vergonha (IES-R e CES) e do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS) na depressão (EADS-42)

A análise das estimativas standardizadas dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo inicial proposto resultou na reespecificação do modelo, com a eliminação das trajetórias que não apresentaram significância estatística, a saber: da *centralidade da experiência da vergonha* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetes.CES} = .001$; $EP_b = .012$, $Z = .084$; $p = .933$; $\beta_{eudetes.CES} = .006$); da *centralidade da experiência da vergonha* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.CES} = -.005$; $EP_b = .025$, $Z = -.221$; $p = .825$; $\beta_{eutranq.CES} = -.016$); da *experiência traumática de vergonha* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.IES-R} = -.324$; $EP_b = .452$, $Z = -.718$; $p = .473$; $\beta_{eutranq.IES-R} = -.045$); da *centralidade da experiência da vergonha* sobre a *depressão* ($b_{depressão.CES} = .018$; $EP_b = .019$, $Z = .922$; $p = .356$; $\beta_{depressão.CES} = .056$); e da *centralidade da experiência da vergonha* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.CES} = .023$; $EP_b = .023$, $Z = 1.028$; $p = .304$; $\beta_{euinadeq.CES} = .057$). Na Tabela 5.23. são apresentadas as estimativas standardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da depressão.

Tabela 5.23. Estimativas standardizadas de coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo de depressão

		Estimativas	EP	Z	p
Eu Inadequado (FSCRS)	← Memórias Traumáticas de Vergonha (IES-R)	.451	.491	8.068	***
Eu Detestado (FSCRS)	← Memórias Traumáticas de Vergonha (IES-R)	.293	.210	4.939	***
Depressão (EADS-42)	← Eu Inadequado (FSCRS)	.195	.053	2.883	.004
Depressão (EADS-42)	← Eu Detestado (FSCRS)	.309	.124	4.846	***
Depressão (EADS-42)	← Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.170	.050	-3.275	.001
Depressão (EADS-42)	← Memórias Traumáticas de Vergonha (IES-R)	.150	.399	2.588	.010

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; IES-R = Escala do Impacto do Acontecimento-Revista.

O modelo final ajustado explica 32% da variabilidade da *depressão*. O modelo obtido mostrou que as experiências de vergonha com características traumáticas (IES-R) apresentaram um efeito total de .328 sobre a *depressão*, com a significância estatística deste efeito enquadada para um I.C. a 95% com limites].213; .437[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito direto de $\beta = .150$ e o efeito indireto sobre a *depressão* mediado pelo *eu inadequado* é de .088 ($\beta = .451 \times .195$). Isto sugere que os indivíduos com experiências traumáticas de vergonha e com autocriticismo centrado em cognições e sentimentos de defeito, inferioridade e inadequação do *eu* tendem a ter mais sintomas depressivos. Este efeito representa 27% ($.088/.328 = .268$) do efeito total das memórias traumáticas de vergonha sobre a depressão. Este tipo de experiências de vergonha apresentou ainda um efeito indireto sobre a depressão mediado pelo *eu detestado* de .091 ($\beta = .293 \times .309$), representando 28% ($.091/.328 = .277$) do efeito total das memórias traumáticas de vergonha sobre a depressão. Este resultado sugere que os indivíduos que apresentam mais memórias de vergonha com cariz traumático e se autocriticam e autopunem com sentimentos de repugnância e aversão e desejo de perseguir e agredir o *eu* tendem a manifestar mais sintomas depressivos. O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadada para um I.C. a 95% com limites].114; .256[, sendo estatisticamente diferente de

zero para $p = .001$. Por fim, o modelo permitiu identificar também um efeito direto entre o *eu tranquilizador* e a *depressão* ($\beta = -.170$), com a significância estatística deste efeito enquadada para um I.C. a 95% com limites $[-.269; -.071]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .002$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 2.473$, $p = .781$; CFI = 1.000; TLI = 1.023; RMSEA = .000; $p [rmsea \leq .05]$). A Figura 5.33. representa o modelo final ajustado com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da depressão.

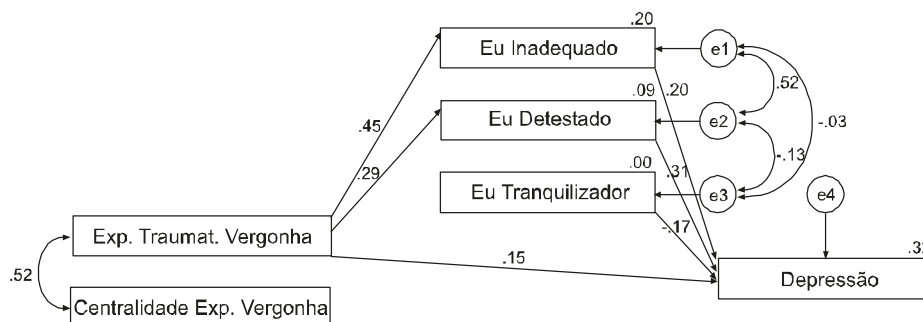


Figura 5.33. Modelo final de mediação das formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) sobre a depressão (EADS-42)

5.3.5.2. O efeito mediador do Autocrítico/Autocompaixão na relação entre as memórias de Vergonha e a Ansiedade

Explorou-se o efeito de cinco variáveis com a ansiedade: memórias de vergonha e as formas do autocrítico e autotranquilização. Mais uma vez, no diagrama de trajetórias proposto as memórias de vergonha são consideradas variáveis exógenas independentes. As formas do autocrítico e autotranquilização variáveis endógenas mediadoras e a ansiedade como variável endógena dependente. O modelo hipotético proposto está representado graficamente na Figura 5.34.

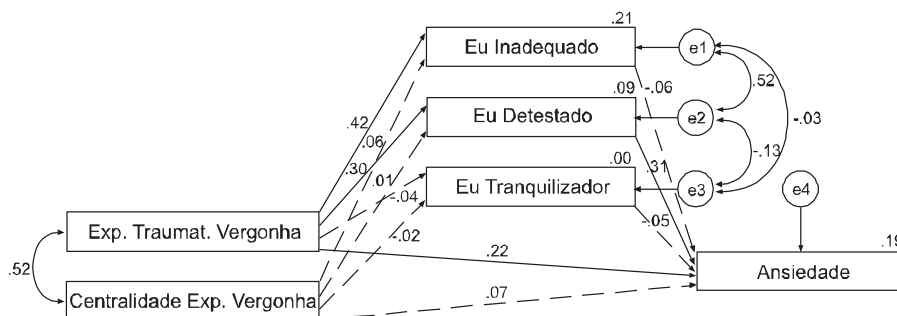


Figura 5.34. Impacto das memórias de vergonha (IES-R e CES) e do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) na ansiedade (EADS-42)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo inicialmente proposto levou à eliminação das trajetórias que não

apresentaram uma contribuição significativa, a saber: da *centralidade da experiência de vergonha* sobre o *eu detestado* ($b_{eudestes.CES} = .001$; $EP_b = .012$, $Z = .084$; $p = .933$; $\beta_{eudestes.CES} = .006$); da *centralidade da experiência de vergonha* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.CES} = -.005$; $EP_b = .025$, $Z = -.221$; $p = .825$; $\beta_{eutranq.CES} = -.016$); da *experiência traumática de vergonha* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.IES-R} = -.324$; $EP_b = .452$, $Z = -.718$; $p = .473$; $\beta_{eudestes.CES} = -.045$); do *eu inadequado* sobre a *ansiedade* ($b_{euinadeq.ansiedade} = -.046$; $EP_b = .056$, $Z = -.813$; $p = .416$; $\beta_{euinadeq.ansiedade} = -.060$); do *eu tranquilizador* sobre a *ansiedade* ($b_{eutranq.ansiedade} = -.050$; $EP_b = .052$, $Z = -.947$; $p = .344$; $\beta_{eutranq.ansiedade} = -.054$); e da *centralidade da experiência de vergonha* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.CES} = .023$; $EP_b = .023$, $Z = 1.028$; $p = .304$; $\beta_{euinadeq.CES} = .057$); e do efeito direto da *centralidade da experiência de vergonha* sobre a *ansiedade* ($b_{ansiedade.CES} = .022$; $EP_b = .021$, $Z = 1.073$; $p = .283$; $\beta_{ansiedade.CES} = .071$). Assim, com a eliminação de cada trajetória não significativa, obteve-se um modelo final ajustado e mais parcimonioso. As estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo da ansiedade são apresentadas na Tabela 5.24.

Tabela 5.24. Estimativas estandardizadas de coeficientes de trajetória e os respectivos níveis de significância no modelo de ansiedade

		Estimativas	EP	Z	p
Eu Detestado (FSCRS)	← Memórias Traumáticas de Vergonha (IES-R)	.293	.210	4.939	***
Eu Inadequado (FSCRS)	← Memórias Traumáticas de Vergonha (IES-R)	.451	.491	8.068	***
Ansiedade (EADS-42)	← Eu Detestado (FSCRS)	.283	.111	4.779	***
Ansiedade (EADS-42)	← Memórias Traumáticas de Vergonha (IES-R)	.244	.395	4.110	***

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade Depressão e Stress; IES-R = Escala do Impacto do Acontecimento-Revista.

O modelo final ajustado explica 18% da variabilidade da *ansiedade*. O modelo obtido para a variável *memórias traumáticas de vergonha* (IES-R) mostrou um efeito total de .327 sobre a *ansiedade*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].211; .433[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. Apresentou um efeito direto de .244, para um I.C. a 95% com limites].131; .359[, estatisticamente significativo com $p = .001$. E o efeito indireto sobre a *ansiedade* mediado pelo *eu detestado* é de .083 ($\beta = .293 \times .283$), o que significa que os indivíduos com experiências traumáticas de vergonha na infância e/ou adolescência, e que têm um estilo autocrítico focado num desejo de perseguir, punir ou eliminar o *eu* (*eu detestado*), tendem a manifestar mais sintomas ansiosos. Este efeito indireto representa 25% ($.083/.327 = .253$) do efeito total das *memórias traumáticas de vergonha* sobre a *ansiedade*. O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites].045; .135[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O modelo permitiu ainda identificar um efeito direto entre as *memórias traumáticas de vergonha* (IES-R) e o *eu inadequado* ($\beta = .451$), para um I.C. a 95% com limites].343; .544[, estatisticamente significativo com $p = .001$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade

de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 4.326, p = .742$; CFI = 1.000; TLI = 1.020; RMSEA = .000; $p [rmsea \leq .05]$). A Figura 5.35. representa o modelo final ajustado com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da ansiedade.

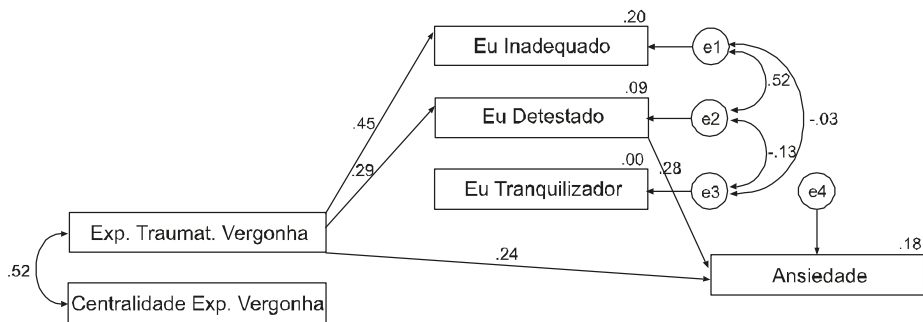


Figura 5.35. Modelo final de mediação das formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) sobre a ansiedade (EADS-42)

5.3.5.3. O efeito mediador do Autocrítico/Autocompaixão na relação entre as memórias traumáticas de Vergonha e os comportamentos de Submissão

De acordo com os objetivos previamente definidos, testou-se o efeito de cinco variáveis nos comportamentos de submissão: as experiências de vergonha com características traumáticas na infância e/ou adolescência. As formas do autocrítico e autotranquilização e a submissão no adulto. No diagrama de trajetórias proposto as memórias de vergonha são consideradas variáveis exógenas independentes, as formas do autocrítico e autotranquilização são variáveis endógenas mediadoras e os comportamentos de submissão correspondem à variável endógena dependente. Na Figura 5.36. encontra-se representado o modelo hipotético proposto.

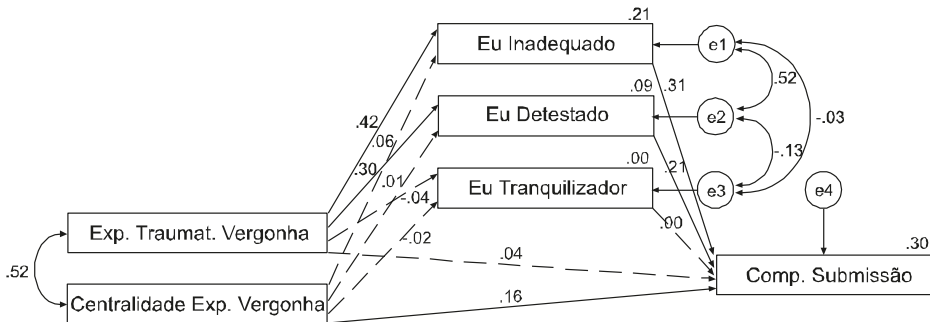


Figura 5.36. Impacto das memórias de vergonha (CES e IES-R) e do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) nos comportamentos de submissão (SBS)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo inicial proposto resultou na eliminação das trajetórias que não apre-

sentaram significância estatística, a saber: do *eu tranquilizador* sobre os *comportamentos de submissão* ($b_{SBS,euranq} = -.001$; $EP_b = .066$, $Z = -.012$; $p = .990$; $\beta_{SBS,euranq} = -.001$); da *centralidade da experiência de vergonha* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetes.CES} = .001$; $EP_b = .012$, $Z = .084$; $p = .933$; $\beta_{eudetes.CES} = .006$); da *centralidade da experiência de vergonha* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{euranq.CES} = -.005$; $EP_b = .025$, $Z = -.221$; $p = .825$; $\beta_{euranq.CES} = -.016$); da *experiência traumática de vergonha* sobre os *comportamentos de submissão* ($b_{SBS,traum.IES-R} = .326$; $EP_b = .597$, $Z = .546$; $p = .585$; $\beta_{SBS,traum.IES-R} = .036$); da *experiência traumática de vergonha* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{euranq,traum.IES-R} = -.324$; $EP_b = .452$, $Z = -.718$; $p = .473$; $\beta_{euranq,traum.IES-R} = -.045$); e da *centralidade da experiência de vergonha* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.CES} = .023$; $EP_b = .023$, $Z = 1.028$; $p = .304$; $\beta_{euinadeq.CES} = .057$). Nesse sentido, cada uma das trajetórias não significativas foi eliminada e os modelos intermédios reanalisados até à produção do modelo final ajustado e mais parcimonioso. Na Tabela 5.25. são apresentadas as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo dos comportamentos de submissão.

Tabela 5.25. Estimativas estandardizadas de coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo de submissão

		Estimativas	EP	Z	p
Eu Inadequado (FSCRS)	← Memórias Traumáticas Vergonha (IES-R)	.451	.491	8.068	***
Eu Detestado (FSCRS)	← Memórias Traumáticas Vergonha (IES-R)	.293	.210	4.939	***
Submissão (SBS)	← Eu Inadequado (FSCRS)	.318	.067	4.863	***
Submissão (SBS)	← Eu Detestado (FSCRS)	.215	.163	3.339	***
Submissão (SBS)	← Centralidade Experiências Vergonha (CES)	.174	.023	3.215	.001

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização; SBS = Escala de Comportamentos de Submissão; IES-R = Escala do Impacto do Acontecimento-Revista; CES = Escala da Centralidade do Acontecimento.

O modelo final ajustado explica 29% da variabilidade dos *comportamentos de submissão*. Os resultados obtidos mostram que as *memórias traumáticas de vergonha* (IES-R) apresentaram um efeito total de .207 sobre os *comportamentos de submissão*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].140; .279[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito indireto sobre os *comportamentos de submissão* mediado pelo *eu inadequado* de .143 ($\beta = .451 \times .318$), indica que os indivíduos com experiências de vergonha com características traumáticas na infância e/ou adolescência e que têm autocriticismo focado em cognições e sentimentos de defeito e inadequação pelo *eu* tendem a ser mais submissos no estado adulto. Este efeito representa 69% ($.143/.207 = .691$) do efeito total das memórias traumáticas de vergonha sobre os comportamentos de submissão. Encontrou-se ainda um efeito mediado pelo *eu detestado* de .063 ($\beta = .293 \times .215$), que representa 30% ($.062/.207 = .299$) do efeito total das memórias traumáticas de vergonha sobre os comportamentos de submissão. O teste da significância estatística destes efeitos indiretos efetuado mediante reamostragem *Bootstrap*, enquadrada para um I.C. a 95% com limites].140; .279[mostrou que estes efeitos são estatisticamente diferentes de 0 para $p =$

.001. O modelo permitiu ainda identificar um efeito direto entre variável *centralidade da experiência da vergonha* e os *comportamentos de submissão* ($\beta = .174$), para um I.C. a 95% com limites $].068; .280[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 1.923$, $p = .927$; CFI = 1.000; TLI = 1.031; RMSEA = .000; $p [rmsea \leq .05]$). A Figura 5.37. representa o modelo final ajustado com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 dos comportamentos de submissão.

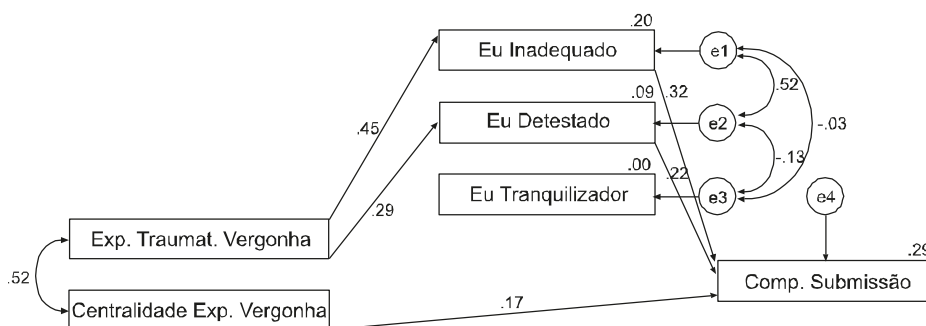


Figura 5.37. Modelo final de mediação das formas do autocrítica e autotranquilização (FSCRS) sobre os comportamentos de submissão (SBS)

5.4. Discussão

Os seres humanos possuem uma motivação inata para estabelecer relações vinculares com os outros e para “usarem” os objetos de vinculação com qualidades de *soothing* como uma base segura (Bowlby, 1969, 1980; Liotti, 1993, 2000; Schore, 2001). Para além disso, outra característica estritamente humana é a necessidade inata de se ser capaz de estimular afeto positivo na mente dos outros. Como consequência do processo de maturação neurofisiológica, desenvolvem-se várias competências cognitivas para a autoavaliação e para pensar acerca “do que se passa na mente dos outros” em relação ao próprio *eu*. Nesse sentido, a propensão para experienciar vergonha é igualmente inata (Gilbert & McGuire, 1998; Tangney & Dearing, 2002). Contudo, pode ter origem em experiências precoces de cariz traumático, nomeadamente, experiências de vergonha, abandono, negligência emocional ou controlo emocional e abuso parental (Andrews, 2002; Gilbert & Gerlsma, 1999; Gilbert & Perris, 2000; Matos et al., 2011; Schore, 2001). A internalização destas experiências (inscrita em memórias condicionadas de se ser rejeitado, criticado ou envergonhado) pode resultar em autoavaliações do *eu* no mesmo sentido que as avaliações dos outros, como inferior, incompetente e inadequado (Andrews, 2002; Gilbert, 1998c, 2002a; Mikulincer & Shaver, 2005). Alguns autores têm evidenciado que as experiências de vergonha ficam gravadas no sistema mnésico enquanto memórias emocionais com impacto na formação de crenças autorreferen-

tes, sendo por isso mesmo uma parte importante das nossas histórias e narrativas, com a consequência de poderem provocar sofrimento ao longo do ciclo de vida (Baldwin, 2005; Gilbert, 2007c). Gilbert (1998e) argumenta ainda que a vulnerabilidade para a vergonha está mais relacionada com ‘*scripts* emocionais’ ou com processos de condicionamento das experiências emocionais internalizadas, do que a nível puramente cognitivo proposicional. Assim, a experiência de vergonha pode apresentar contornos de experiência traumática (Gilbert, 2002a, 2002b; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Pinto-Gouveia & Matos, 2010) e constituir uma experiência autobiográfica, central na história de vida e na identidade pessoal (Berntsen & Rubin, 2002, 2007) com implicações em diversos quadros psicopatológicos, como a depressão, ansiedade, perturbação de *stress* pós-traumático, e perturbações da personalidade, em especial a perturbação *borderline* (Berntsen & Rubin, 2007; Greenberg et al., 2005; Matos & Pinto-Gouveia, 2009).

Perante os dados obtidos nos estudos anteriores, o objetivo deste estudo era explorar a relação entre memórias de vergonha centrais para a identidade e com cariz traumático, as formas do autocriticismo e autotranquilização, os sintomas depressivos e ansiosos e os comportamentos de submissão no adulto.

O estudo de natureza correlacional mostrou que as duas memórias de vergonha, apesar de correlacionadas significativamente, são distintas. A centralidade da experiência de vergonha apresentou correlações positivas e significativas com as formas negativas do autocriticismo. Por sua vez, as memórias de vergonha traumática mostraram correlações mais expressivas com as formas negativas do autocriticismo, em particular com a forma de inadequação do *eu*. A subescala *eu tranquilizador* não se mostrou significativamente correlacionada com ambas as memórias de vergonha. Estes dados reforçam e estão de acordo com a literatura recente acerca destes construtos, realçando que a vergonha e o autocriticismo pertencem ao sistema de regulação emocional de ameaça-defesa, contrastando com a autocompaixão ligada ao sistema de *soothing* e de vinculação/afiliação que exerce uma função central na regulação da ameaça (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005b, 2009d; LeDoux, 1998; Panksepp, 1998). Os resultados obtidos mostraram ainda que as memórias de vergonha centrais para a identidade e de cariz traumático associam-se significativamente com os sintomas psicopatológicos em estudo, em particular com a depressão. O mesmo padrão se verificou em relação aos comportamentos de submissão, o que sugere que os indivíduos com mais recordações de experiências de vergonha tendem a manifestar mais comportamentos de submissão.

Os resultados encontrados com o recurso à análise de RLMM evidenciaram as memórias de vergonha de cariz traumático na presença da centralidade das memórias de vergonha como um preditor significativo das formas negativas do autocriticismo, com o *eu inadequado* a apresentar a percentagem de variância explicada mais expressiva (no modelo final ajustado).

Partindo destes resultados, testaram-se três modelos explicativos da depressão, ansie-

dade e comportamentos de submissão, recorrendo um modelo de análise de trajetórias (*Path Analysis*). O objetivo era testar o efeito de mediação das formas negativas do autocrítico na relação entre as memórias de vergonha e as variáveis dependentes em estudo. O primeiro modelo testou a hipótese que a depressão surge pela ação mediada do autocrítico na relação entre as memórias de vergonha e os sintomas depressivos, explicando 32% da sua variabilidade. Os resultados obtidos permitiram identificar um efeito direto das memórias de vergonha de cariz traumático sobre a depressão, mas também um efeito indireto parcialmente mediado pelas formas negativas do autocrítico. A forma *eu detestado* apresentou um beta estandardizado ligeiramente mais expressivo, sendo um mediador mais significativo do que o *eu inadequado*, o que sugere que os indivíduos cujas experiências precoces de vergonha assumem características traumáticas e que se autocríticam, quer num formato mais tóxico e de assédio, quer num formato de inadequação do *eu*, apresentam mais sintomatologia depressiva. Este resultado ajuda-nos a perceber um dos mecanismos através do qual esta relação das memórias de vergonha sobre os sintomas depressivos opera. O segundo modelo testado explicou 19% da variabilidade da ansiedade. As memórias de vergonha com características traumáticas apresentaram um efeito direto sobre a ansiedade, mediado parcialmente apenas pelo *eu detestado*. Isto significa que a existência de memórias de vergonha de cariz traumático, associada ao autocrítico focado em sentimentos de repugnância e de ódio pelo *eu* e de desejo de perseguir e atacar o *eu*, aumenta a vulnerabilidade para a sintomatologia ansiosa. O terceiro modelo e último explicou 29% da variabilidade dos comportamentos de submissão no adulto. O modelo permitiu identificar um efeito de mediação do autocrítico, com o *eu inadequado* como o mediador mais robusto, na relação entre as memórias de vergonha traumáticas e os comportamentos de submissão no estado adulto. Os resultados sugerem que os indivíduos com estas experiências de vergonha e que apresentam este autocrítico centrado em sentimentos de inadequação e inferioridade pelo *eu* manifestam mais comportamentos de submissão defensivos. O modelo ainda permitiu identificar um efeito direto significativo entre a centralidade de uma experiência de vergonha e os comportamentos de submissão.

Em suma, os resultados clarificam e dão consistência à revisão da literatura, destacando que as memórias de vergonha de cariz traumático por funcionarem como memórias de autodefinição estão na base da internalização de modelos negativos eu-outros, relacionados com as autoavaliações internas (autocrítico) (Baldwin, 1997, 2005; Baldwin & Dandeneau, 2005; Mikulincer & Shaver, 2005; Pinto-Gouveia et al., 2011). Estas memórias emocionais tornam-se facilmente ativadas (acessibilidade cognitiva) influenciando a emergência de um estilo de processamento autocrítico (Baldwin, 2005; Gilbert et al., 2006). Por sua vez, a presença do autocrítico, entendido como um ensaio interno de dominância-submissão, pode ativar *outputs* defensivos (emoções, comportamentos, cognições), contribuindo para a vulnerabilidade para a psicopatologia e comportamentos de baixo *rank* (e.g., submissão)

(Gilbert, 2007a; Gilbert et al., 2004; Gilbert et al., 2006; Whelton & Greenberg, 2005). Para finalizar, ressalta o dado importante de que a existência deste tipo de memórias emocionais impede a ativação do sistema de *soothing* e de afiliação e, consequentemente, a aprendizagem de competências de autocompaixão.

6. Estudo 5: Memórias de Ameaça e Submissão na infância, Vergonha e Autocriticismo

É conhecida a ideia que a vergonha não é algo com que se nasce, mas antes que deriva das experiências com os outros e das interações sociais, precoces e ao longo da vida (Gilbert, 1998b; Kaufman, 1989; Lewis, 1992). Não nascemos envergonhados, mas aprendemos a ter e a sentir vergonha (Kaufman, 1989). O cérebro humano desenvolve-se e matura rapidamente depois do nascimento, sendo que as conexões neuronais e a autoidentidade são moldadas pela experiência e contextos sociais relacionais. O funcionamento em espelho (*'mirroring'*) acontece desde os primeiros dias de vida, quando a mãe sorri e murmura para o bebê. Estes comportamentos ativam automaticamente sistemas de afeto positivo no bebê (expressão facial e movimentos corporais de prazer e de alegria) e, reciprocamente, são fundamentais para a construção do sentido de pertença e de valorização e aprovação. Quando os pais espelham orgulho e reforço na criança (“muito bem”; “fizeste bem”; “espetacular”), esta interioriza um sentido positivo e coeso do *eu*. Neste tipo de interações precoces, a criança experiencia os pais como aprovadores e aceitantes (geraram uma imagem positiva na mente do outro) como ela própria se autoexperencia como amada e valorizada. Percebe-se, então, porque os nossos sentimentos acerca do *eu* e confiança dependem, fundamentalmente, da forma como nos vemos refletidos nos olhos dos outros (*'looking glass self'*) (Gilbert, 2002a; Kohut, 1977; Mikulincer & Shaver, 2005). A forma como experienciamos e lidamos connosco próprios e a forma como os componentes no nosso cérebro interagem dá origem às experiências negativas do *eu* – um *eu* em conflito (vergonha e autocriticismo). O mundo externo é não só um espaço composto por objetos, mas também por outras mentes. O foco que os seres humanos colocam às suas necessidades interpessoais (e.g., *'mirroring'*, proteção e conforto, aprovação, desempenho, aceitação social e pertença) torna-os muito sensíveis à experiência de vergonha, quer externa quer interna. A formulação de Gilbert (1998f, 2003b, 2004d, 2007c) centra-se na ideia chave que o que pensamos e sentimos acerca de nós próprios e o que pensamos que os outros pensam acerca de nós próprios encontra-se num fluxo dinâmico constante. As experiências emocionais de como os outros veem, sentem e reagem ao *eu* tornar-se-ão nas representações internalizadas do *eu*, e são estas mesmas experiências negativas (crítica, de afeto inconsistente, rejeição, abuso) que através de um processo de condicionamento, se tornam a base da vergonha interna (Baldwin, 1994, 2005; Gilbert, 2002a). O autocriticismo

está ligado às expectativas e experiências dos outros, na medida em que não é só o fracasso a ameaça chave, mas sim as representações internas do que os outros poderão pensar, sentir ou fazer acerca de nós próprios. Apesar da relação entre estes construtos ser conhecida, é nosso propósito testar empiricamente o modelo teórico de Gilbert (2002a, 2005b) e analisar a forma como as memórias de ameaça e subordinação e os dois tipos de vergonha influenciam o desenvolvimento do autocrítico e da autotranquilização.

6.1. Objetivos

Com base no estado da arte e nos resultados dos estudos anteriores, pretendia-se perceber melhor o processo subjacente ao desenvolvimento do autocrítico, a partir de memórias emocionais negativas experienciadas na infância e/ou adolescência e da experiência da vergonha, construto central neste modelo. Para esse efeito definiu-se um pequeno estudo transversal exploratório. O objetivo principal é explorar a forma como a experiência de vergonha influencia a relação entre as memórias emocionais de ameaça e submissão na infância e o autocrítico. Em primeiro lugar, hipotetiza-se que memórias emocionais negativas de ameaça e submissão/subordinação na infância se associem à experiência de vergonha, interna e externa. Isto é, espera-se que os indivíduos que apresentam mais recordações de se sentirem ameaçados ou assustados e, particularmente, forçados a posições e comportamentos de subordinação involuntária (não desejada) pelas figuras parentais relatem níveis mais elevados de vergonha. Segundo, dada a ligação que os tipos de vergonha (interna e externa) têm com o sistema de regulação de defesa-ameaça espera-se que estejam positiva e significativamente associados. Terceiro, hipotetiza-se também que o autocrítico como estratégia de regulação emocional defensiva se relacione com a vergonha interna e externa. Ou seja, os indivíduos que acreditam existir na mente dos outros de forma negativa (vergonha externa) e que julgam o seu próprio *eu* de forma “pouco atraente”, inferior e desvalorizada (vergonha interna) sejam mais autocríticos. Concretamente, espera-se que os indivíduos com autocrítico focado em sentimentos de autodesprezo e repugnância e no desejo de perseguir e punir o *eu* (*eu detestado*) tenham mais vergonha centrada em autodesvalorizações e sentimentos de repugnância, inadequação e indesejabilidade pelo *eu* (vergonha interna). Por último, pretende-se examinar o efeito mediador da vergonha na relação entre as memórias de ameaça e subordinação na infância e o autocrítico. Isto é, os indivíduos com experiências de ameaça e particularmente de subordinação na infância estão mais vulneráveis para desenvolverem autocrítico se experienciarem vergonha. Hipotetiza-se que a influência das memórias de ameaça e subordinação no desenvolvimento do autocrítico opere através da vergonha, e se assim for, a vergonha atua como processo mediador importante.

6.2. Método

6.2.1. Amostra

Com o intuito de atingir os objetivos supracitados, constituiu-se uma amostra de conveniência, de estudantes universitários, recrutados no ano letivo 2009/2010. Os critérios de exclusão dos participantes foram: (a) idade inferior a 18 anos e superior a 25, (b) não serem estudantes universitários, (c) preenchimento incompleto das escalas, e (d) evidência clara de incumprimento das instruções de resposta. A amostra final ficou constituída por 263 indivíduos, 88 do género masculino (33.46%) e 175 do género feminino (66.54%), com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos de idade. O mínimo de anos de escolaridade é de 12 e o máximo de 19 anos de escolaridade. A média de idades do total da amostra é de 21.02 ($DP = 1.97$) e a média dos anos de escolaridade é de 15.02 ($DP = 1.97$). Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros na distribuição das variáveis idade, $t_{(261)} = 8.11, p = .000$, e anos de escolaridade, $t_{(261)} = 8.11, p = .000$, em que os homens são mais velhos ($M = 22.31; DP = 1.90$) comparativamente às mulheres ($M = 20.37; DP = 1.66$) e apresentam mais anos de escolaridade ($M = 16.31; DP = 1.90$) do que as mulheres ($M = 14.37; DP = 1.66$). No que concerne ao estado civil e ao nível socioeconómico, não existem diferenças significativas visto que todos os sujeitos participantes são solteiros e estudantes. Na Tabela 5.26. são apresentadas as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 5.26. Características demográficas da amostra ($N = 263$)

	Masculino ($n = 88$)		Feminino ($n = 175$)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	22.31	1.90	20.37	1.66	8.11	.000
Anos de Escolaridade	16.31	1.90	14.37	1.66	8.11	.000

6.2.2. Instrumentos

Os participantes completaram uma bateria de medidas de autorrelato específicas para o presente estudo: a) Escala de Experiências de Vida na Infância (ELES; *The Early Life Experiences Scale*) para avaliação da recordação das experiências de ameaça e subordinação na infância; b) Escala da Vergonha Internalizada (ISS; *The Internalized Shame Scale*) para avaliação da vergonha interna; c) Escala da Vergonha Provocada pelos Outros (OAS; *Others as Shamer Scale*); e d) Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS; *Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale*) para avaliação das formas do autocriticismo e autotranquilização. As medidas são descritas pormenorizadamente, no Capítulo 3, no ponto 3.

6.2.3. Procedimento

Os sujeitos participantes foram recrutados em diversas Faculdades da Universidade de Coimbra e do Instituto Politécnico de Coimbra. Foi-lhes fornecida uma bateria de instrumentos para avaliação das memórias de vergonha, da vergonha interna e externa e das formas

do autocrítico/autotranquilização. Fazia parte do protocolo a existência de uma folha de rosto inicial com informação sumária referente aos dados demográficos e aos objetivos gerais do presente estudo. Previamente ao preenchimento foi explicado a cada um dos sujeitos participantes a importância do preenchimento correto e completo da bateria de escalas, a confidencialidade das respostas e solicitada, no final, a assinatura do consentimento de participação.

6.2.4. Estratégia analítica

O presente estudo apresenta um desenho transversal. A comparação da média amostral de dois grupos independentes nas variáveis em estudo foi feita com o recurso ao teste *t* de Student para amostras independentes. Os pressupostos exigidos para a aplicação deste teste estatístico foram previamente analisados (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias). Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Howell, 2007; Maroco, 2010b). Matrizes de correlação de Pearson foram realizadas para explorar as associações entre as memórias emocionais de ameaça e submissão, a vergonha interna e externa e as formas do autocrítico (*eu inadequado* e *eu detestado*) e autotranquilização. Para a realização destas análises estatísticas recorreu-se ao *software* PASW (*Predictive Analytics Software*) *Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

No sentido de explorar se a experiência de vergonha media a relação entre as experiências de ameaça e subordinação na infância e o autocrítico foi proposto um modelo causal com recurso a um modelo de análise de trajetórias (*Path Analysis*). Assim, no diagrama de trajetórias as memórias emocionais de ameaça e subordinação foram consideradas variáveis exógenas independentes, a vergonha interna e externa variáveis endógenas mediadoras e as formas do autocrítico e autotranquilização variáveis endógenas dependentes. A *PA* foi efetuada com o recurso ao *Software* Amos (*Analysis of Moment Structures*) (versão 19; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

6.3. Resultados

6.3.1. Análise preliminar dos dados

A análise da distribuição normal e da assimetria e achatamento foram efetuadas, as variáveis incluídas no presente estudo não apresentaram uma distribuição normal e os valores de assimetria e achatamento obtidos não revelaram graves enviesamentos (valores de *Skewness* $<|3|$ e de *Kurtosis* $<|10|$; Kline, 1998). Realizaram-se testes paramétricos pela robustez que apresentam face a violações à normalidade das variáveis, para além de que a amostra não é pequena. As observações extremas (*outliers*) foram analisadas através da representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e *Quartis-Box Plot*). Como já referido, foi analisado

um modelo causal das memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância nas formas do autocriticismo e autotranquilização, mediado pela vergonha interna e externa. A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo Método da Máxima Verossimilhança implementada no *software* Amos (versão 19, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis (DM^2), e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e de achatamento (Ku) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de Sk e de Ku indicativos de violações severas à distribuição normal (i.e., $Sk < |3|$; $Ku < |10|$). Na análise das observações extremas pelos valores de DM^2 identificaram-se algumas observações *outliers*, tendo-se decidido pela sua manutenção pela fonte de variabilidade que fornecem aos dados.

6.3.2. Estatística descritiva

A significância das diferenças entre o género nas variáveis em estudo realizaram-se com o recurso a testes *t*-Student para amostras independentes. Consideraram-se significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010a). Na Tabela 5.27. são apresentadas as diferenças entre o género para as variáveis em estudo.

Tabela 5.27. Médias e desvios-padrão para o total da amostra ($N = 263$) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo, e valores de alfa de Cronbach

	Total ($N = 263$)		Masculino ($n = 88$)		Feminino ($n = 175$)		<i>r</i>	<i>p</i>	α
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Memórias emocionais									
Ameaça (ELES)	10.69	4.06	10.88	4.02	10.59	4.09	.53	.598	.79
Subordinação/submissão (ELES)	11.24	3.99	11.23	4.12	11.25	3.93	-.04	.972	.77
Vergonha									
Vergonha Externa (OAS)	17.06	9.88	16.28	10.25	17.46	9.69	-.91	.365	.90
Vergonha Interna (ISS)	28.28	16.43	24.32	16.57	30.27	16.04	-2.81	.005	.95
Formas Autocriticismo									
Eu Inadequado (FSCRS)	13.73	6.38	12.44	6.61	14.38	6.18	-2.35	.020	.84
Eu Detestado (FSCRS)	.86	1.29	.73	1.04	.93	1.4	-1.21	.227	.43
Eu Tranquilizador (FSCRS)	20.81	5.45	21.55	5.36	20.44	5.47	1.56	.121	.86

Nota. ELES = Escala de Experiências de Vida na Infância; OAS = Escala da Vergonha Provocada pelos Outros; ISS = Escala da Vergonha Internalizada; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização.

Pela análise da Tabela 5.27., verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o género na subescala *vergonha interna* (ISS), $t_{(263)} = -2.81$, $p = .005$, e na subescala *eu inadequado* (FSCRS), $t_{(263)} = -2.35$, $p = .020$. As mulheres apresentam valores médios mais elevados na *vergonha interna* ($M = 30.27$; $DP = 16.04$) e no autocriticismo na forma de *eu inadequado* ($M = 14.38$; $DP = 6.18$), comparativamente aos homens ($M = 24.32$; $DP = 16.57$ e $M = 12.44$; $DP = 6.61$, respetivamente). As medidas estudadas apresentaram valores bons de consistência interna, à exceção da subescala *eu detestado* (FSCRS) que revelou um valor de alfa bastante inferior a .70. Pela existência de diferenças no género nas variáveis supracitadas decidiu-se controlar o seu efeito, através de uma análise de regressão

múltipla hierárquica. Os dados obtidos mostraram o género não constitui um preditor significativo, pelo que as análises estatísticas subsequentes foram realizadas na amostra total.

6.3.3. Análises de correlação

Como objetivo de analisar a relação entre as memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância (ELES), a vergonha interna (ISS), a vergonha externa (OAS) e as formas do autocrítica e autotranquilização (FSCRS) foram realizadas correlações de Pearson. A Tabela 5.28. apresenta os coeficientes de correlação obtidos entre as variáveis em estudo.

Tabela 5.28. Correlações entre as memórias emocionais de ameaça e subordinação (ELES), a vergonha interna (ISS), a vergonha externa (OAS) e as formas do autocrítica/autotranquilização (FSCRS)

Variáveis	Ameaça (ELES)	Submissão (ELES)	Vergonha Interna (ISS)	Vergonha Externa (OAS)	Eu Inadequado (FSCRS)	Eu Detestado (FSCRS)
Submissão (ELES)	.67**					
Vergonha Interna (ISS)	.40**	.49**				
Vergonha Externa (OAS)	.42**	.49**	.80**			
Eu Inadequado (FSCRS)	.26**	.37**	.70**	.59**		
Eu Detestado (FSCRS)	.21**	.19**	.44**	.39**	.48**	
Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.19**	-.29**	-.49**	-.42**	-.42**	-.41**

Nota. ** $p \leq .01$. ELES = Escala de Experiências de Vida na Infância; ISS = Escala da Vergonha Internalizada; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros; FSCRS = Escala das Formas do Autocrítica e Autotranquilização.

Memórias emocionais de Ameaça e Subordinação, Vergonha e Autocrítica

As correlações obtidas entre as memórias emocionais de ameaça e subordinação e os dois tipos de vergonha, interna e externa, mostraram-se significativas e no sentido esperado da associação. As memórias emocionais de *ameaça* mostraram-se associadas com a *vergonha internalizada* ($r = .40; p \leq .01$) e com a *vergonha externa* ($r = .42; p \leq .01$), sendo os coeficientes de correlação mais expressivos com esta última. Por sua vez, as memórias emocionais de *subordinação/submissão* revelaram correlações, ligeiramente mais expressivas, moderadas e positivas com a *vergonha interna* ($r = .49; p \leq .01$) e com a *vergonha externa* ($r = .49; p \leq .01$). Estes resultados sugerem que os indivíduos que se recordam de se sentirem ameaçados pelos pais têm mais vergonha, em particular vergonha externa (acreditam existir na mente dos outros de forma negativa). Quando as recordações dos indivíduos se centram nos sentimentos e comportamentos de terem sido forçados a subordinarem-se pelas figuras parentais mais acreditam que os outros os veem de forma negativa e desvalorizada (*vergonha externa*) e mais julgam o seu próprio *eu* de forma desvalorizada e inferior (*vergonha interna*). Por último, a vergonha interna mostrou uma correlação alta, positiva e significativa com a vergonha externa (cf. Tabela 5.28.). No que concerne às associações com as formas do autocrítica e autotranquilização as associações de maior grandeza tendem a destacar-se entre as memórias de *subordinação* na infância e a subescala *eu inadequado* ($r = .37; p \leq .01$) e a subescala *eu tranquilizador* ($r = -.29; p \leq .01$).

Formas do Autocriticismo e Vergonha

As correlações obtidas entre as formas do autocriticismo e autotranquilização e os dois tipos de vergonha mostraram-se significativas e no sentido esperado da relação. A *vergonha interna* mostrou correlações significativas, de magnitude elevada com a subescala *eu inadequado* ($r = .70$; $p \leq .01$), e moderada com a subescala *eu detestado* ($r = .44$; $p \leq .01$). Estes resultados sugerem que os indivíduos que apresentam mais vergonha interna são mais autocríticos. A associação com a subescala *eu tranquilizador* revelou-se negativa e de magnitude moderada ($r = -.49$; $p \leq .01$), com níveis baixos de vergonha interna a corresponderem a mais autotranquilização e autocompaixão. Em relação à *vergonha externa*, as correlações obtidas são significativas com as formas do autocriticismo, sendo mais expressivas com a subescala *eu inadequado* ($r = .59$; $p \leq .01$), com níveis elevados de vergonha externa associados a mais autocriticismo, em particular focado em sentimentos de inadequação e inferioridade pelo *eu*. Por oposição, a correlação com a subescala *eu tranquilizador* obedece ao mesmo padrão obtido com a vergonha interna, apresentando uma correlação negativa e moderada com a vergonha externa (cf. Tabela 5.28.).

6.3.4. Modelo explicativo do Autocriticismo e da Autocompaixão

6.3.4.1. Efeito mediador da Vergonha na relação entre as memórias emocionais de Ameaça e Subordinação e o Autocriticismo/Autotranquilização

No presente estudo, testou-se um modelo causal das memórias emocionais de ameaça e subordinação nas formas do autocriticismo e autotranquilização mediado pela vergonha. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 5.38.), as memórias emocionais de ameaça e submissão são consideradas variáveis exógenas independentes; as experiências de vergonha interna e externa são variáveis endógenas mediadoras e, finalmente, as formas do autocriticismo e autotranquilização são consideradas variáveis endógenas dependentes. Os pressupostos para esta análise foram testados através da utilização do *software* Amos 19. A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 5.38.

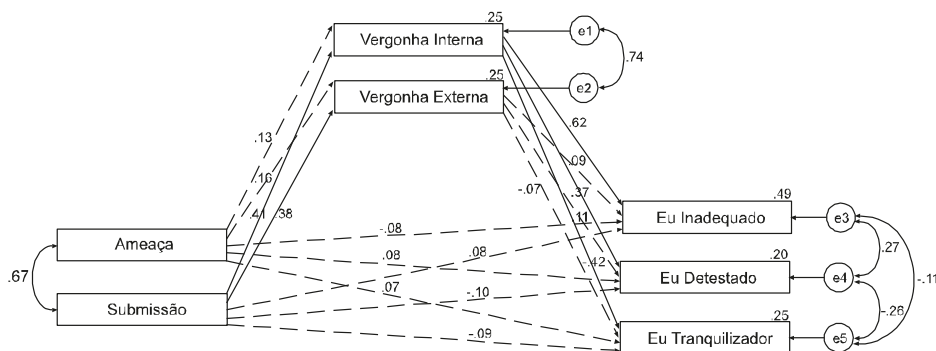


Figura 5.38. Impacto das memórias de ameaça e submissão (ELES) e da vergonha interna (ISS) e externa (OAS) nas formas do autocriticismo e autotranquilização (FSCRS)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo proposto resultou no redesenho do modelo, com a eliminação das trajetórias que não apresentaram uma contribuição significativa. Obteve-se com este procedimento um modelo final reajustado, mais parcimonioso. Na Tabela 5.29, são apresentadas as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo das formas do autocrítico e autotranquilização.

Tabela 5.29. Estimativas estandardizadas de coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo das formas do autocrítico e autotranquilização

		Estimativas	EP	Z	p
Vergonha Interna (ISS)	← Submissão (ELES)	.493	.009	9.184	***
Vergonha Externa (OAS)	← Submissão (ELES)	.489	.007	9.075	***
Eu Inadequado (FSCRS)	← Vergonha Interna (ISS)	.695	.046	15.628	***
Eu Detestado (FSCRS)	← Vergonha Interna (ISS)	.441	.021	7.962	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	← Vergonha Interna (ISS)	-.490	.054	-9.105	***

Nota. *** $p \leq .001$. ISS = Escala da Vergonha Internalizada; OAS = Escala da Vergonha Provocada pelos Outros; FSCRS = Escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização; ELES = Escala de Experiências de Vida na Infância.

O modelo final ajustado explica 48% da variabilidade do *eu inadequado*, 24 % da variabilidade do *eu tranquilizador* e 19% da variabilidade do *eu detestado*. Todas as trajetórias são estatisticamente significativas, com exceção das seguintes: da *vergonha externa* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{eutranq.vergonhaexterna}} = -.089$; $EP_b = .113$, $Z = -.787$; $p = .431$; $\beta_{\text{eutranq.vergonhaexterna}} = -.01$), das *memórias de ameaça* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{eutranq.ameaça}} = .011$; $EP_b = .012$, $Z = .895$; $p = .371$; $\beta_{\text{eutranq.ameaça}} = .01$), das *memórias de submissão* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{\text{eutranq.submissão}} = -.010$; $EP_b = .011$, $Z = -.929$ $p = .353$; $\beta_{\text{eutranq.submissão}} = -.06$), da *vergonha externa* sobre o *eu detestado* ($b_{\text{eudetets.vergonhaexterna}} = .042$; $EP_b = .043$, $Z = .982$; $p = .326$; $\beta_{\text{eudetets.vergonhaexterna}} = .09$), da *vergonha externa* sobre o *eu inadequado* ($b_{\text{euinadeq.vergonhaexterna}} = .012$; $EP_b = .010$, $Z = 1.171$; $p = .241$; $\beta_{\text{euinadeq.vergonhaexterna}} = .061$), das *memórias de ameaça* sobre o *eu inadequado* ($b_{\text{euinadeq.ameaça}} = -.110$; $EP_b = .094$, $Z = -1.171$; $p = .241$; $\beta_{\text{euinadeq.ameaça}} = -.08$), das *memórias de submissão* sobre *eu inadequado* ($b_{\text{euinadeq.submissão}} = .006$; $EP_b = .009$, $Z = .659$; $p = .510$; $\beta_{\text{euinadeq.submissão}} = .03$), das *memórias de ameaça* sobre o *eu detestado* ($b_{\text{eudetets.ameaça}} = .008$; $EP_b = .004$, $Z = 1.802$; $p = .072$; $\beta_{\text{eudetets.ameaça}} = .126$), das *memórias emocionais de submissão* sobre o *eu detestado* ($b_{\text{eudetets.submissão}} = -.004$; $EP_b = .004$, $Z = -.983$; $p = .325$; $\beta_{\text{eudetets.submissão}} = -.059$), das *memórias emocionais de ameaça* sobre a *vergonha interna* ($b_{\text{vergonhainterna.ameaça}} = .021$; $EP_b = .012$, $Z = 1.735$; $p = .083$; $\beta_{\text{vergonhainterna.ameaça}} = .126$) e das *memórias emocionais de ameaça* sobre a *vergonha externa* ($b_{\text{vergonhaexterna.ameaça}} = .009$; $EP_b = .007$, $Z = 1.405$; $p = .160$; $\beta_{\text{vergonhaexterna.ameaça}} = .069$).

A recordação de experiências de *subordinação/submissão* percebida apresentou um efeito total de .343 sobre o *eu inadequado* com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].266; .416[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito indireto sobre o *eu inadequado* mediado pela *vergonha interna* é de .343 ($\beta = .493 \times .695$), representando 100% ($.343/.343 = 1$) do efeito total das recordações de submissão sobre o *eu inadequado*. Este resultado sugere que os indivíduos que se recordam de terem sido forçados a adotarem posições de subordinação involuntária pelos pais e que internalizaram a ideia de que são inadequados, maus ou indesejáveis (vergonha interna) têm mais autocriticismo centrado em sentimentos de inferioridade, defeito e inadequação do *eu*. O teste da significância estatística deste efeito indireto foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites].266; .416[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. Este tipo de memórias emocionais na infância apresentou também um efeito total de -.242 sobre o *eu tranquilizador*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites]-.311; -.176[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito indireto, mediado pela *vergonha interna* foi de -.242 ($\beta = .493 \times -.490$), representando 100% ($-.242/-.242 = 1$) do efeito total das recordações de submissão percebida sobre o *eu tranquilizador*, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$, mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites]-.311; -.176[. Isto indica que os indivíduos que tiveram menos experiências de subordinação com as figuras parentais e possuem menos vergonha internalizada são mais autotranquilizadores e autocompassivos. O modelo permitiu ainda identificar um efeito total de .218 sobre o *eu detestado*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].160; .288[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito indireto de .217 ($\beta = .493 \times .431$), correspondendo a 99% ($.217/.218 = .995$) do efeito total das recordações de submissão percebida sobre o *eu detestado*. O teste da significância estatística deste efeito indireto foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites].160; .288[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. Acresce referir que o modelo permitiu identificar um efeito direto entre as *memórias de submissão* e a *vergonha externa* ($\beta = .489$), para um I.C. a 95% com limites].395; .578[, estatisticamente significativo com $p = .001$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 14.837, p = .190$; CFI = .995; TLI = .991; RMSEA = .036; p [rmsea $\leq .05$]). A Figura 5.39. representa o modelo final ajustado com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e os R^2 do *eu inadequado*, *eu detestado* e *eu tranquilizador*.

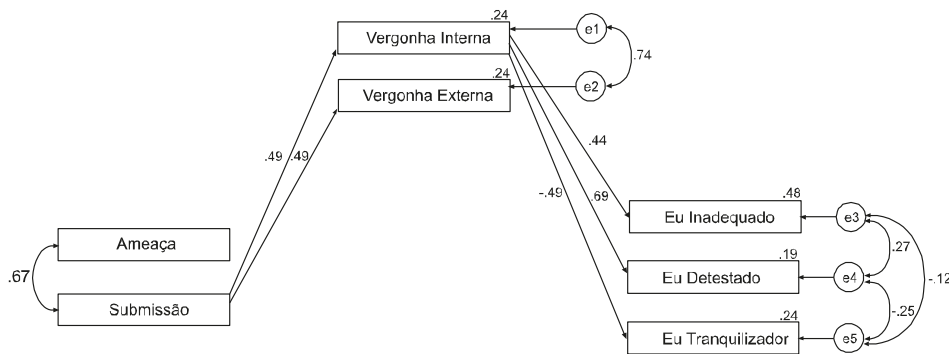


Figura 5.39. Modelo final de mediação da vergonha interna (ISS) sobre as formas de autocrítica e autotranquilização (FSCRS)

6.4. Discussão

Tendo em conta os resultados dos estudos anteriores, o objetivo deste estudo era explorar a relação entre as memórias de ameaça e submissão/subordinação na infância, a vergonha externa e interna e as formas do autocrítica e autotranquilização. O propósito principal prendia-se com o testar o efeito de mediação da vergonha na relação entre as memórias de ameaça e submissão/subordinação na infância e as formas do autocrítica e autotranquilização.

O estudo de natureza correlacional mostrou que as memórias emocionais de ameaça e submissão/subordinação na infância se correlacionam com os dois tipos de vergonha, interna e externa. Isto sugere que os indivíduos que se recordam de se sentirem ameaçados pelos pais e de terem sido forçados a subordinarem-se acreditam que os outros os veem de forma negativa e desvalorizada (vergonha externa) e julgam o seu próprio *eu* de forma desvalorizada e inferior (vergonha interna). A vergonha externa apresentou uma associação significativa e alta com a vergonha interna. Esta elevada associação sugere que embora estes dois tipos de vergonha traduzam fenómenos diferentes são altamente interdependentes. Ou seja, não existe vergonha interna sem vergonha externa, sendo que a vergonha quando é internalizada reforça e perpetua a vergonha externa. As associações entre as memórias emocionais de ameaça e submissão/subordinação e as formas do autocrítica revelaram-se significativas, e no sentido esperado da relação. Resultados encontrados e discutidos no Estudo 1. deste Capítulo. Por sua vez, as correlações entre a vergonha externa e a vergonha interna e as formas do autocrítica e autotranquilização mostraram-se significativas e positivas. Ou seja, a *vergonha externa* mostrou-se correlacionada com as formas do autocrítica, com coeficientes de correlação mais expressivos com a subescala *eu inadequado*, o que sugere que níveis elevados de vergonha externa correspondem a níveis mais elevados de autocrítica, em particular focado em sentimentos de inadequação e inferioridade pelo *eu*. Em relação à *vergonha interna*, as correlações mostraram-se positivas e de grandeza elevada com o *eu inadequado*, sendo moderadas com o *eu detestado*. São resultados que indicam que os indivíduos que apresentam

mais vergonha interna são mais autocríticos, com cognições e sentimentos de inferioridade, diminuição e inadequação. Por último, a subescala *eu tranquilizador* revelou-se negativa e moderadamente correlacionada com a vergonha externa e interna, como esperado.

Na tentativa de testar empiricamente a hipótese de que o autocrítico está relacionado com a internalização da vergonha, e que constitui uma estratégia de autorregulação emocional da vivência dessa emoção autoconsciente, foi proposto um modelo causal explicativo das formas do autocrítico e autotranquilização, recorrendo a um modelo de análise de trajetórias (*Path Analysis*). O modelo final obtido explicou 48% da variabilidade do *eu inadequado*, 24% da do *eu tranquilizador* e 19% da variabilidade do *eu detestado*. Os resultados obtidos confirmam a relevância da vergonha interna como fator mediador na relação entre a recordação de experiências de submissão/subordinação na infância (as únicas significativas) e as formas do autocrítico e autotranquilização. Outro dado interessante a destacar é que são as memórias de submissão/subordinação na infância, na presença das memórias de ameaça, as que contribuem para a vergonha externa e interna. Isto significa que a recordação de ameaça percebida é importante quando origina sentimentos e vivência de subordinação, na medida em que não é possível que esta exista sem experiência de medo e ameaça.

Em síntese, apesar de algumas limitações metodológicas, os resultados obtidos permitiram reforçar algumas assunções do Modelo do *Ranking Social* (Gilbert, 2000d, 2002a, 2005d, 2006b).

7. Conclusão final

Nos últimos trinta anos tem sido estudada a relação entre experiências negativas na infância, diferentes estilos e comportamentos parentais e a psicopatologia (Goodman, 2002). A exposição precoce a situações de ameaça e *stress* afeta a maturação cerebral e a sensibilidade dos sistemas ligados ao *stress* (Schoore, 1994; Teicher, 2002). Um conjunto de evidências empíricas tem apontado a importância da qualidade das interações precoces com as figuras de vinculação na criação de um sentido de segurança (*safeness*) e na construção de modelos internos do *eu* e dos outros, e no desenvolvimento de vulnerabilidade à psicopatologia (Andrews, 2002; Baldwin, 2005; Belsky, Steinberg, & Draper, 1991; Gerlsma et al., 1990; Gilbert, 2002a; Liotti, 2000, 2002; Mikulincer & Shaver, 2005; Perry et al., 1995; Richter et al., 1994; Schoore, 1994, 1998, 2001; Sloman, 2000). Isto é, a exposição precoce a experiências de crescimento negativas e de ameaça, na forma de abuso, negligência, expectativas parentais irrealistas, afeto inconsistente e rejeição parental, está associada a um aumento de vulnerabilidade para dificuldades psicológicas e interpessoais e pode ser traduzida em formas de autocondenação e sentimentos e cognições autocríticas e de autoataque (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert et al., 2004; Schoore, 1994). Em contraste, experiências positivas na infância com as figuras de vinculação de calor e amor, suporte, interesse e validação têm um impacto no de-

envolvimento de competências de autocompaixão e *self-soothing* (Cacioppo et al., 2000; Schore, 1994), no bem-estar, nas relações interpessoais e na assertividade (Gilbert, 2007).

No primeiro estudo, explorou-se a relação entre as memórias emocionais de ameaça e submissão/subordinação na infância, as formas do autocriticismo e autotranquilização, os sintomas depressivos e ansiosos, a comparação social e os comportamentos de submissão no adulto. Os resultados encontrados neste estudo mostraram que as recordações de atitudes e comportamentos das figuras parentais de ameaça e, sobretudo, de sentimentos de subordinação involuntária pela coação dos pais influenciam significativamente o desenvolvimento do autocriticismo e da autotranquilização. A criança, ao viver neste tipo de contexto ameaçador e agonístico, recorre, adaptativamente, a estratégias focadas no poder e na ameaça dos outros dominantes, que permitem a sua defesa e sobrevivência. O autocriticismo, sendo a estratégia defensiva de autorregulação emocional associada à mentalidade de *ranking* (posto social), revela-se a forma de *coping* mais eficaz para lidar com situações de ameaça ou de conflito. Dito de outra forma, a única via que a criança tem, nestas circunstâncias, é tentar apaziguar e acalmar os pais, monitorizar o seu comportamento, culpando-se e autocriticando-se de forma a não ativar a agressão dos pais ou a rejeição sobre si. Se este tipo de experiências for frequente, a criança ao acreditar que os outros (e.g., pais) a veem de forma negativa irá internalizar essa experiência no seu sistema de autoavaliação interno da mesma forma que os outros fizeram consigo, surgindo assim o autocriticismo. Acrescido a estes dados, os nossos resultados permitiram ainda compreender a via pela qual este tipo de experiências influencia o aparecimento de psicopatologia, da comparação social e dos comportamentos de submissão. No que concerne aos sintomas depressivos, a influência das memórias de ameaça na infância é operada pela forma mais patogénica e tóxica do autocriticismo, o eu detestado. Estes dados sugerem que a recordação de ameaça percebida associada a sentimentos de repugnância e ódio pelo *eu* e a um desejo de perseguir, punir ou magoar o *eu* aumenta a vulnerabilidade para a sintomatologia depressiva. As memórias de submissão/subordinação na infância contribuem para os sintomas depressivos pelo efeito de mediação parcial das formas do autocriticismo e autotranquilização, com o *eu detestado* como o mediador mais expressivo. Curiosamente, a autotranquilização parece funcionar como uma estratégia de autorregulação emocional protetora do impacto destas memórias emocionais de submissão nos sintomas depressivos. Os resultados confirmam a relevância destes processos internos autoavaliativos como fatores de mediação na relação entre as memórias de ameaça e submissão/subordinação na infância e a sintomatologia depressiva, e estão de acordo com os resultados encontrados noutros estudos (Castilho, Pinto-Gouveia, Amaral, & Duarte, 2012; Irons et al., 2006). Relativamente aos sintomas de ansiedade, o impacto das memórias de ameaça na infância na ansiedade é operado pelo *eu detestado*, como esperado. Isto significa que face a recordações de ameaça e medo por parte dos pais, os indivíduos com cognições autocríticas de ataque e perseguição ao *eu*

associadas a emoções negativas de aversão e ódio pelo *eu*, relatam mais sintomatologia ansiosa. Aliás, esta dimensão do autocrítico pela sua natureza, assédio interno de ataque e *bullying*, está associada a um determinado tipo e qualidade de afeto negativo, como a raiva, o nojo, a vergonha, a ansiedade. Por sua vez, em relação às memórias de submissão/ subordinação, o modelo obtido permitiu verificar que estas experiências continuam a ter uma influência significativa nos sintomas ansiosos que associada ao autocrítico no seu formato mais tóxico aumenta a vulnerabilidade para a sintomatologia ansiosa. Apesar de se desconhecem estudos realizados com estas variáveis sobre a ansiedade, os nossos resultados clarificam melhor o que poderá contribuir para o seu aparecimento, e nesse sentido confirmam os resultados encontrados em estudos relativos ao tema (Castilho et al., 2012; Cox et al., 2000). Em relação à comparação social, a influência das recordações de comportamentos e atitudes de ameaça por parte das figuras parentais na infância é mediada pelo *eu inadequado*, o que evidencia a relevância deste estilo de processamento autocrítico na relação entre as memórias de ameaça (ambiente hostil e de medo) e a comparação social negativa. O outro tipo de recordações, de submissão/subordinação involuntária na infância, exerce uma influência direta parcialmente mediada pelo *eu inadequado* e *eu tranquilizador*. Isto sugere que a ligação para a comparação social via autotranquilização é independente da trajetória do autocrítico/rejeição. Finalmente, a outra variável de *ranking* estudada, os comportamentos de submissão, é explicada pelo impacto da existência de experiências na infância de submissão/subordinação parcialmente mediado pelo autocrítico, em particular pelo *eu detestado*. Os indivíduos que se recordam de se sentirem subordinados pelos pais e que se autocríticam, sobretudo, com cognições de ataque e perseguição ao *eu*, associadas a emoções de repugnância e ódio autodirigidas, tendem a ser mais submissos com os outros. Os nossos resultados confirmam a teoria do *ranking* social e vão no sentido do que é apontado na literatura (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1992, 2000a). Em suma, os resultados encontrados neste estudo confirmaram as hipóteses prévias, evidenciando que estes contextos precoces de ameaça e subordinação contribuem para a psicopatologia e para a vivência de baixo *rank* (comparação social e submissão no adulto) pelo impacto no desenvolvimento do autocrítico. Os modelos causais obtidos apesar de todos significativos explicaram mais da depressão, da ansiedade e da submissão no adulto e menos da comparação social, o que sugere que, em relação a esta última, outras variáveis possam ser importantes para a explicação da sua variância. Estes resultados sugerem, genericamente, o valor potencial do autocrítico e da autocompaixão para a compreensão da psicopatologia depressiva e ansiosa e para a vivência de baixo *rank* (comparação social e submissão no adulto).

No segundo estudo, utilizando um instrumento de avaliação diferente das experiências familiares precoces, explorou-se a relação da antipatia e a negligência parental, as formas do autocrítico e autotranquilização, a psicopatologia e as variáveis de *ranking* social. Os

resultados obtidos mostraram que as experiências de antipatia parental são especialmente importantes para o desenvolvimento do autocrítico, em que a mãe fria, hostil e crítica (antipatia materna) prediz o autocrítico, centrado em sentimentos de inadequação e inferioridade (*eu inadequado*), e o pai frio, controlador e rejeitador (antipatia paterna) contribui para o autocrítico, centrado em sentimentos de desprezo e aversão pelo *eu* (*eu detestado*). Desconhecem-se outros estudos que abordem a relação entre estas variáveis, o que reforça o caráter inovador deste estudo e as implicações dos resultados. Ou seja, estes resultados indicam que o tipo de experiência precoce e a figura parental com quem aconteceu (e que é recordada) têm um impacto diferencial no desenvolvimento das formas negativas do autocrítico. No que diz respeito à psicopatologia, os dados evidenciam o papel determinante do *eu detestado* na relação entre a recordação de atitudes de antipatia materna e paterna e os sintomas depressivos e ansiosos. Os resultados também destacam o efeito protetor da autocompaixão sobre as consequências de uma figura paterna fria e hostil e materna negligente e descuidada no aparecimento da reposta depressiva. Quanto à comparação social, o impacto da antipatia materna manifesta-se de forma indireta pelo *eu inadequado*. Por sua vez, a recordação de atitudes de frieza, hostilidade e criticismo por parte do pai apresenta uma contribuição independente que associada a sentimentos e cognições de inadequação, inferioridade e defeito pelo *eu* aumenta a vulnerabilidade para a comparação social negativa. O *eu tranquilizador* parece exercer um efeito protetor no impacto da antipatia paterna na comparação social. Atitudes de descuido e negligência materna influenciam a comparação social negativa se associadas a uma relação interna do *eu* com o *eu* crítica e punitiva (antagónica à autocompaixão). Por fim, e em relação aos comportamentos de submissão, os resultados clarificam a via pela qual estas experiências contribuem para a submissão no estado adulto. Isto significa que relação entre as experiências de antipatia parental e negligência materna e a submissão aos outros em adulto é mediada pelo *eu inadequado* e *eu tranquilizador*. Para concluir, são resultados importantes que clarificam o papel exercido pelo autocrítico e autotranquilização na psicopatologia e *ranking* social e dão consistência à investigação existente (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 2005b; Gilbert et al., 2004).

O terceiro estudo, apesar de partilhar o mesmo objetivo (testar o papel explicativo do autocrítico e autocompaixão com o recurso a várias medidas que avaliam memórias emocionais precoces), procurou analisar a relação entre estilos parentais percebidos (cuidado e sobreproteção materna e paterna) e as restantes variáveis em análise. Os resultados encontrados demonstram, como hipotetizado, que os estilos parentais percebidos de frieza e rejeição e de controlo e sobreproteção contribuem, de forma significativa, para as formas negativas do autocrítico. Por oposição, a recordação de estilos parentais positivos (carinho) influencia o desenvolvimento da autotranquilização. Como no estudo anterior, parece existir uma diferenciação na formação do autocrítico consoante a figura parental a que se refere a experi-

ência precoce. Os modelos explicativos causais da depressão e ansiedade permitiram perceber o mecanismo através do qual estas relações operam, reforçando a relevância do autocrítica na sua forma mais negativa e patogénica (*eu detestado*). Em suma, estes resultados corroboram as hipóteses formuladas previamente e estão de acordo com os estudos atuais existentes (Gilbert & Irons, 2005; Irons et al., 2006; Whelton & Greenberg, 2005).

O quarto estudo realizado debruçou-se sobre a relação entre as memórias de vergonha, as formas do autocrítica e autotranquilização, os sintomas psicopatológicos e a submissão aos outros em adulto. Os resultados obtidos mostraram que as memórias traumáticas de vergonha na presença da centralidade da experiência de vergonha predizem as formas negativas do autocrítica, em especial o *eu inadequado*. Em relação à psicopatologia, o modelo obtido permitiu identificar um efeito de mediação parcial do autocrítica na relação entre memórias de vergonha com cariz traumático e os sintomas depressivos e ansiosos, em particular o *eu detestado*. Isto significa que o impacto deste tipo de memórias de vergonha, associado a um estilo de processamento autocrítico focado em sentimentos de autodesprezo e repugnância e no desejo de perseguir, atacar e punir o *eu*, aumenta a vulnerabilidade para a sintomatologia depressiva e ansiosa. Já em relação aos comportamentos de submissão, as memórias de vergonha de cariz traumático apresentam uma contribuição independente mediada parcialmente pelo *eu inadequado*. Estes resultados evidenciam o papel crucial do autocrítica como fator mediador na relação entre experiências de vergonha com características traumáticas e os sintomas psicopatológicos e a submissão aos outros.

Finalmente, no quinto estudo analisou-se a forma como a experiência de vergonha influencia a relação entre as memórias precoces emocionais de ameaça e submissão/subordinação e as formas do autocrítica e autotranquilização. Os resultados obtidos revelaram a importância da internalização da vergonha para o desenvolvimento do autocrítica, constituindo o único fator mediador na relação entre as memórias emocionais de submissão e o autocrítica.

Em conclusão, neste conjunto de estudos procurou testar-se a Teoria do *Ranking* Social através do estudo dos fatores desenvolvimentais do autocrítica e da autocompaixão. Os resultados obtidos corroboraram todas as hipóteses formuladas. Desconhecem-se estudos que tenham abordado todas estas relações com as variáveis dependentes (formas do autocrítica e autotranquilização), o que torna os estudos supracitados inovadores, para além da metodologia estatística utilizada.

Fica claro, com base nos nossos resultados e no estado da arte, que a influência destas experiências negativas e de diferentes estilos e comportamentos parentais na infância na psicopatologia e nas variáveis de *ranking* social é operada pelo autocrítica e autocompaixão. Constituem, por isso, processos de enorme relevância clínica.

8. Implicações clínicas

Perante a pertinência destes dados, somos confrontados com questões-chave: Como lidar com o autocrítico? E com a submissão aos outros? Como nos podemos deixar de comparar desfavoravelmente? Como desenvolver competências de autocompaixão? O que fazer quando a autocompaixão gera medo, ansiedade e vergonha? O que fazer para obter um sentido de alívio (mudança emocional) em relação aos nossos pensamentos e memórias emocionais? Os nossos resultados associados na atualidade ao conhecimento das origens emocionais e reguladores da autotranquilização, da importância da vinculação e afiliação para a experiência da autocompaixão e da neurociência da autocompaixão e de *soothing* permitem perceber que a solução para os indivíduos que provêm de ambientes familiares inseguros, abusivos, negligentes ou críticos, que são autocríticos e sentem vergonha, que se comparam com os outros negativamente e que são submissos, será o desenvolvimento de uma mente compassiva, com vista à experienciar de uma maior conexão, segurança (*safeness*), bondade, partilha, encorajamento e suporte em relação ao *eu* e aos outros (Cozolino, 2007; Gilbert, 1989, 2005b). O foco da intervenção terapêutica nesta abordagem deverá incidir sobre as experiências que moldaram o sistema de ameaça (e.g., memórias de vergonha, de submissão involuntária, antipatia parental) e sobre a vergonha e autocrítico, treinando a aprendizagem de competências mais evoluídas ligadas a outros sistemas de regulação de afeto (sistema de *soothing*/afiliação) (Gilbert 2007a, 2010a, 2010b; Gumley, 2010), centrais para a regulação da ameaça e *stress*.

9. Limitações e futuras investigações

Este estudo apresenta algumas limitações. Uma das limitações prende-se com a sua natureza transversal. Pelo caráter do estudo fará sentido, no futuro, replicá-lo num formato longitudinal de forma a melhor perceber a direção da causalidade das variáveis. A outra limitação relaciona-se com as medidas de autorresposta que apresentam algumas limitações e, em particular, as medidas relativas à avaliação das experiências precoces usadas nestes estudos. Isto porque se centram na recordação de experiências, atitudes e comportamentos (evocação de memórias) e não no que as figuras parentais fizeram concretamente (e.g., uma das limitações aos processos de recordação é o estado de humor atual). Por outro lado, as medidas de autorrelato são, particularmente, suscetíveis a enviesamentos por razões de desejabilidade social, pelo que estudos futuros devem considerar outras formas de avaliação, nomeadamente, investigações baseadas em entrevistas que possam identificar experiências específicas na infância, as que representaram experiências de vergonha e submissão, uma vez que são estas que se revelaram centrais para o desenvolvimento do autocrítico. A outra limitação tem a ver com a amostra. Apesar das amostras serem de conveniência e não clínicas, para que os resultados possam ser generalizados, os estudos devem ser replicados noutras amostras, em particular, em amostras clínicas.



Capítulo 6

Experiências do Eu e Psicopatologia: Estudo do Efeito Mediador do Autocriticismo e da Autocompaixão na relação entre a Vergonha Externa e os Sintomas Depressivos e Ansiosos

Capítulo 6

Experiências do *Eu* e Psicopatologia: Estudo do Efeito Mediador do Autocriticismo e da Autocompaixão na relação entre a Vergonha Externa e os Sintomas Depressivos e Ansiosos

Neste capítulo é abordada a relação entre certas experiências do *eu* (autocriticismo/autotranquilização e vergonha externa) e a psicopatologia. O principal objetivo dos estudos apresentados neste capítulo é o de explorar a relação entre autocriticismo e autocompaixão, vergonha externa atual e sintomas depressivos e ansiosos, à luz da abordagem evolucionária. Debruçamo-nos especificamente sobre o potencial efeito mediador do autocriticismo e da autocompaixão na relação entre a vergonha externa atual e a psicopatologia depressiva e ansiosa, numa amostra não clínica.

*“Quem dorme à noite comigo,
É meu segredo, (...)
O medo mora comigo,
Mas só o medo, mas só o medo.
E cedo porque me embala
Num vai-vem de solidão,
É com silêncio que fala,
Com voz de móvel que estala
E nos perturba a razão.”*

Reinaldo Faria & Alain Oulman [letra]
Amália Rodrigues [interpretação] (2000), faixa 9

1. Introdução

A constatação nos estudos anteriores (Cap. 5) de que o autocrítico tem origem em experiências de crescimento precoces adversas (e.g., ameaça e subordinação, antipatia e negligência, afeto pobre, memórias traumáticas de vergonha) levou-nos a hipotetizar que o efeito da vergonha externa na depressão e ansiedade seria mediado pelas formas do autocrítico e autotranquilização. É bem conhecida a relação entre vergonha externa atual e depressão (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, Allan, & Goss, 1996; Gilbert et al., 2004; Gilbert, Cheung, Irons, & McEwan, 2005; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Pinto-Gouveia & Matos, 2010; Tangney, Wagner, Fletcher, & Gramzow, 1992), contudo têm sido pouco investigados os processos através do qual esta relação se estabelece. A compreensão destes processos revela-se de vital importância não só para a investigação como para a prática clínica, pois poderá acrescentar conhecimentos importantes que introduzirão aperfeiçoamentos no tratamento da depressão. Pelo exposto, propusemo-nos realizar um estudo cujo objetivo principal seria testar o possível efeito mediador das formas do autocrítico e da autotranquilização na relação entre a vergonha externa atual e a sintomatologia depressiva e ansiosa.

1.1. Vergonha

A vergonha, emoção fundamental, guia o nosso comportamento, influencia quem somos aos nossos olhos e está intrinsecamente ligada à relação do *eu* com os outros (Gilbert, 2003a; Tangney & Dearing, 2002). Esta emoção poderosa, com implicações cruciais para a autoidentidade, está associada a uma vivência interna do *eu* como indesejável, não atrativo, defeituoso, sem valor e impotente (Lewis, 1992; Gilbert, 1998f; Nathanson, 1996; Tangney & Dearing, 2002) no seio de um mundo social sob pressão, para limitar danos possíveis à autoapresentação através do evitamento ou apaziguamento (Gilbert, 1998f; Tangney & Fischer, 1995). Para Gilbert (1998f, 2002c, 2002d), a vergonha é uma experiência do *eu* que implica uma resposta afetivo-defensiva involuntária à ameaça ou a uma experiência atual de rejeição ou desvalorização por não se ser atraente e competente enquanto agente social. A propensão para a vergonha pode ter origens de cariz traumático, em experiências desenvolvimentais adversas (negligência emocional, controlo afetivo, abandono, rejeição, criticismo parental, abuso físico e sexual) (Andrews, 2002; Gilbert et al., 1996; Gilbert & Gerlsma, 1999; Schore, 1998, 2001; Tangney & Dearing, 2002) que ao assumirem contornos de experiências de vergonha, parecem afetar de forma significativa a maturação e funcionamento psicobiológico e ter, assim, um efeito causal no desenvolvimento de sentimentos de vergonha (Gilbert, 1998f, 2000c, 2000d; Schore, 1998, 2001; Tangney, 1990; Tangney & Dearing, 2002). Nesta linha, estudos recentes mostraram que as memórias emocionais de vergonha que se tornam centrais na construção da identidade e na atribuição de significado a outras experiências de vida influenciam não só a vergonha no estado adulto, mas têm um impacto

importante e independente na psicopatologia (Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Pinto-Gouveia & Matos, 2010).

1.2. Da experiência de Vergonha ao Autocriticismo

A vergonha é uma emoção intimamente ligada aos sistemas de processamento relacionados com o “que se passa na mente dos outros” (Tracy & Robins, 2004) e que pode ser focada não só no mundo social (crenças acerca da forma como os outros nos avaliam e nos vêem), mas também no mundo interno (crenças acerca da forma como nos vemos) ou em ambos (como nos vemos com base no que os outros pensam acerca de nós) (Gilbert, 1998f; Gilbert & Irons, 2006). Gilbert (1997b, 2002a, 2003a) distingue a vergonha externa da vergonha interna, sendo que a vergonha externa diz respeito à forma como acreditamos existir na mente dos outros, tornando possível a monitorização da nossa atratividade relativa na mente dos outros, enquanto a vergonha interna se relaciona com a forma como o *eu* julga e sente o próprio *eu*. Este foco interno não deixa de ser socialmente contextualizado, ou seja, está interligado às definições sociais que caracterizam o que é atrativo e o que é indesejável ou aversivo. A experiência do outro como ameaça para o *eu* e autoidentidade (o outro como desvalorizador, humilhador, ou rejeitante) ativa estratégias defensivas específicas e diferentes, em que uma delas é a internalização da resposta de vergonha (submissão associada a processos de automonitorização e autoculpabilidade), e a outra é a externalização (atitude dominante e agressiva). De acordo com o modelo evolucionário e biopsicossocial da vergonha, as experiências negativas na infância com os cuidadores contribuem para a formação da vergonha externa. A vergonha externa focada na ameaça social pode ser internalizada, estabelecendo-se assim uma relação do *eu* com o *eu* do mesmo tipo da que existe na relação interpessoal com os outros, centrada em sentimentos negativos dirigidos para diversos aspetos do *eu* (vergonha interna). Estes dois tipos de vergonha estão altamente interrelacionados. A vergonha interna, caracterizada por julgamentos e avaliações do *eu* sem valor, inadequado, mau, inferior ou defeituoso de alguma forma, está associada ao desenvolvimento do autocriticismo, como uma forma de corrigir este *eu* inadequado, inferior e sem qualidades (Gilbert, 2002a, 2005d; Gilbert & Irons, 2006; Greenberg & Watson, 2006). O autocriticismo é concebido como um tipo de relação interna do *eu* com o *eu*, enraizada em sistemas psicobiológicos evoluídos para a relação social. Isto é, a relação interna (crítica ou, pelo contrário, compassiva e de aceitação) opera através de sistemas psicológicos similares aos utilizados na relação com os outros (Gilbert, 1989, 2000d; Gilbert & Irons, 2005). O autocriticismo atua como um processo interno que ativa estratégias defensivas de inferioridade-subordinação, e é esta estimulação do sistema de ameaça associada a uma incapacidade de autocompaixão que gera emoções negativas defensivas (ansiedade, raiva, nojo) e provoca a psicopatologia (Gilbert, 2005d, 2007c). De acordo com Gilbert e colaboradores (2004), o autocriticismo possui uma natureza multidimensional.

mensional, com diferentes formas e funções. As duas funções do autocrítico – corrigir e aperfeiçoar o *eu* ou perseguir e punir o *eu* pelos erros cometidos – determinam as formas que este pode assumir – sentimentos de inferioridade e inadequação pelo *eu* ou sentimentos de aversão e ódio pelo *eu*. O desejo de perseguir, magoar ou destruir partes do *eu* perante situações de fracasso ou quando as coisas correm mal constitui o aspeto mais patogénico do autocrítico e o mais correlacionado com a depressão (Gilbert et al., 2004, 2005).

1.3. Vergonha, Autocrítico e Psicopatologia

Assistiu-se nos últimos anos a um crescente interesse pelo estudo empírico da vergonha, o que tem contribuído para uma perceção mais elucidada da sua importância no funcionamento humano em geral e na psicopatologia em particular (Andrews, 1998; Gilbert & Andrews, 1998; Harder, 1995; Kaufman, 1989; Lewis, 1992; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Schore, 1994; Tangney, 1996; Tangney & Dearing, 2002). Estudos levados a cabo por Andrews (1995) e Andrews e Hunter (1997) confirmaram a existência de uma associação entre experiências de abuso na infância e o desenvolvimento da vergonha, demonstrando também o seu efeito mediador na depressão crónica. Tangney, Wagner e Gramzow (1992) descobriram que a vergonha é um preditor significativo da depressão e ansiedade, numa amostra de estudantes. Noutro estudo, a vergonha manteve-se significativamente associada à depressão, depois de controlada a influência mediadora da ruminação (Cheung, Gilbert, & Irons, 2004; Gilbert et al., 2005). A vergonha facilita o estilo autocrítico ruminativo, aumentando assim a vulnerabilidade para uma série de dificuldades. Exerce assim um papel central numa variedade de sintomas psicopatológicos e perturbações, com especial destaque para a depressão (Andrews, 1995; Andrews & Hunter, 1997; Andrews, Qian, & Valentine, 2002; Cheung et al., 2004; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Pinto-Gouveia & Matos, 2010; Thompson & Berenbaum, 2006) e para a ansiedade (Allan & Gilbert, 1997; Cook, 1996; Gilbert, 1998a, 2000b, 2002a; Gilbert et al., 1996; Gilbert & Gerlsma, 1999; Harder, 1995; Irons & Gilbert, 2005; Lindsay-Hartz, de Rivera, & Mascolo, 1995; Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2011; O'Connor, Berry, & Weiss, 1999; Tangney & Dearing, 2002; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992).

Por sua vez, o autocrítico constitui um importante marcador de vulnerabilidade para a psicopatologia, especialmente para a depressão, sendo o alvo de várias intervenções terapêuticas (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Pinto-Gouveia et al., 2011; Zuroff, Santor, & Mongrain, 2005). Mostra-se também significativamente associado à propensão para a vergonha (Gilbert & Miles, 2000). Vários estudos evidenciaram a sua relação com o risco de depressão ao longo do ciclo de vida (Murphy et al., 2002), sendo provavelmente um traço para a resposta depressiva (Hartlage et al., 1998). Whelton e Greenberg (2005) demonstraram que o aspeto patológico do autocrítico (*eu*

detestado) está mais relacionado com o efeito da raiva e desprezo autodirigidos (emoções negativas) do que com o conteúdo dos pensamentos autocríticos. Os indivíduos autocríticos identificam-se e submetem-se, na maioria das vezes, às suas cognições autocríticas, expressam sentimentos de vergonha, apresentam expressões faciais de tristeza e sentem-se fracos, incapazes e impotentes para lidar com estes autoataques e autodesvalorizações (Whelton & Greenberg, 2005). São indivíduos que têm imensa dificuldade em se sentirem tranquilos com as tarefas cognitivas e experiências comportamentais (Lee, 2005). Rector, Bagby, Segal, Joffe e Levitt (2000) sugeriram que os indivíduos com elevado autocrítico tendem a obter resultados terapêuticos fracos na terapia cognitiva, mas que estes dependiam do grau de modificação do autocrítico. Dada a prevalência da vergonha e do autocrítico, as terapias devem incluir estes construtos nos protocolos de intervenção, particularmente quando se trata de ajudar doentes autocríticos (Gilbert, 1992a, 1997a; Gilbert & Procter, 2006).

A depressão e a ansiedade evoluíram como estratégias básicas de proteção/defesa antigas para lidar com certo tipo de ameaças sociais (derrotas interpessoais e perdas), relacionadas com o sistema de ameaça-defesa. À luz do modelo evolucionário, a depressão constitui uma resposta de autoproteção, involuntária de derrota cuja função se prende com a limitação do dano (controlo dos prejuízos) face a derrotas sociais ou perdas (Gilbert, 2007c; Price & Sloman, 1987; Sloman, 2000; Sloman & Gilbert, 2000; Sloman, Gilbert & Hasey, 2003). Existe atualmente uma série de dados que mostra que muitos dos componentes do sistema defensivo rápido (automático) estão altamente ativados na depressão (e.g., elevada sensibilidade na amígdala, aumento do cortisol, diminuição de serotonina, mudanças no sistema nervoso parassimpático e simpático) (Gilbert, 1989, 1993, 2001a, 2007c; LeDoux, 1998; Numeroff, 1998). Estas mudanças no padrão e estado cerebral explicam porque é que na depressão existe um número elevado de emoções de ameaça (ansiedade, raiva, desprezo, tristeza e medo). Fica então claro que estas estratégias de segurança podem operar num nível automático (defesas inatas para lidar com a perda de controlo, separação e ameaças sociais), num nível comportamental (evitamento) e a um nível mais sócio-cognitivo relacionado com a autoapresentação e auto-identidade. Os indivíduos deprimidos não conseguem criar um sentimento interno de segurança e de tranquilização, o que mostra que têm diferentes padrões de organização dos sistemas básicos de afeto. Como é que estes construtos (vergonha externa e formas do autocrítico e autotranquilização) funcionam na depressão e na ansiedade? A relação entre a vergonha externa e psicopatologia necessita de ser melhor compreendida e explorada, particularmente o papel que o autocrítico e a autocompaixão poderão exercer nessa relação. Isto porque subsistem ainda dúvidas acerca do seu possível papel mediador ou moderador. Assim, o que é fundamental neste estudo é investigar se a vergonha externa contribui para os sintomas depressivos e ansiosos através do seu impacto no autocrítico.

2. Objetivos

O presente estudo pretende explorar a relação entre autocrítica e autocompaixão, vergonha externa e psicopatologia. Especificamente, propusemo-nos examinar a relação entre as formas do autocrítica e autotranquilização, a vergonha externa e os sintomas depressivos e de ansiedade. Hipotetizou-se que os indivíduos que acreditam existir na mente dos outros de forma negativa, como indesejáveis, não atrativos, defeituosos, sem valor e impotentes revelarão mais autocrítica, focado em sentimentos de inadequação, inferioridade e autodeceção ou no desejo de perseguir, rejeitar, punir ou mesmo eliminar partes do *eu*. Espera-se que níveis mais elevados de experiência de vergonha externa (visão de si como inferior e inadequado aos olhos dos outros) associados ao autocrítica, gerem níveis mais elevados de depressão e ansiedade. Tendo em conta a fenomenologia do autocrítica hipotetizou-se, igualmente, que o *eu* detestado estará mais associado à depressão e ansiedade do que o *eu* inadequado. Assim, os indivíduos que sentem mais vergonha externa se forem autocríticos estarão mais vulneráveis para a sintomatologia depressiva e ansiosa. Nesta linha, e de acordo com o que foi hipotetizado anteriormente, o objetivo principal deste estudo é o de testar o efeito mediador das formas do autocrítica e autotranquilização na relação entre a vergonha externa e os sintomas psicopatológicos, especificamente os sintomas depressivos e ansiosos, o que poderá significar que o efeito da vergonha externa na psicopatologia é operado pelo autocrítica.

3. Método

3.1. Amostra

No sentido de atingir os objetivos propostos foi constituída uma amostra de conveniência, com sujeitos estudantes universitários de várias licenciaturas e anos curriculares da Universidade de Coimbra. Consideraram-se os seguintes critérios de exclusão dos participantes: (a) idade inferior a 18 anos ou superior a 65; (b) preenchimento incompleto dos questionários de autorresposta; (c) evidência clara do incumprimento das instruções de resposta; e (d) problemas de compreensão que comprometeriam o preenchimento correto das escalas. A Tabela 6.1. apresenta as características demográficas dos participantes do presente estudo.

Tabela 6.1. Características sociodemográficas da amostra (N = 450)

	Masculino (n = 124)		Feminino (n = 326)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	20.40	2.28	20.07	1.99	1.47	.143
Anos Escolaridade	13.80	1.42	13.52	1.26	2.01	.046
	n	%	n	%	χ^2	p
Estado Civil						
Solteiro	123	27.33	323	71.78	.43	.806
Casado	1	.22	2	.44		
Divorciado	0	0	1	.22		

A amostra final ficou constituída por 450 estudantes, sendo que 124 sujeitos são do género masculino (27.56%) com uma idade média de 20.40 ($DP = 2.28$), e 326 são do género feminino (72.44%), com uma média de idades de 20.07 ($DP = 1.99$). No que concerne aos anos de escolaridade a média obtida para esta variável foi 13.60 ($DP = 1.31$). Verificaram-se diferenças significativas entre os géneros no diz respeito aos anos de escolaridade, $t(448) = 2.01$; $p = .046$, com os homens a apresentarem mais escolaridade. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros na idade, $t(448) = 1.469$; $p = .143$, e no estado civil, $\chi^2(2) = .43$; $p = .806$.

3.2. Instrumentos

Cada participante completou uma bateria de medidas de autorresposta específicas para este estudo que incluiu: a) Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS; *Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale*), para avaliação das formas do autocriticismo; b) Escala da Vergonha provocada pelos Outros (OAS; *Other as Shamer Scale*), para avaliação da vergonha externa; e c) Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-42; *Depression, Anxiety and Stress Scales*) para avaliação da psicopatologia (ansiedade, depressão e stress). A caracterização das medidas é descrita com detalhe no Capítulo 3, ponto 3.

3.3. Procedimento

Os sujeitos participantes foram recrutados em diversos departamentos do ensino superior pertencentes à Universidade de Coimbra. Foi-lhes fornecida uma bateria de escalas específicas para avaliar as formas do autocriticismo, a vergonha externa e os sintomas psicopatológicos. À bateria de instrumentos de autorresposta acima descrita, juntou-se uma folha de rosto com uma explicação breve e simples dos objetivos do estudo e com espaço para recolha de dados demográficos. Na página inicial, fazia-se ainda referência ao anonimato dos participantes, à confidencialidade das respostas e à importância do preenchimento completo das escalas. Solicitou-se a cada participante o respetivo consentimento de participação devidamente assinado. A recolha foi efetuada, pela autora da investigação, no fim de cada aula após o consentimento prévio dos professores responsáveis pelas disciplinas em causa. A participação era totalmente voluntária. O seu preenchimento demorou, em média, 20 minutos.

3.4. Estratégia analítica

O estudo teve um desenho transversal. Para a comparação da média amostral de dois grupos independentes recorreu-se ao teste t de Student para amostras independentes. Assim, $H_0: \mu_A = \mu_B$ versus $H_1: \mu_A \neq \mu_B$ (Maroco, 2010b). A análise de médias de grupos testa a hipótese nula sobre a igualdade das médias. Os pressupostos do teste t -Student para amostras

independentes foram analisados, no que respeita às normalidades das distribuições e à homogeneidade das variâncias. A homogeneidade das variâncias nos dois grupos foi analisada através do teste de Levene. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010). Foram realizadas matrizes de correlação de Pearson para explorar as relações entre a variável preditora, as variáveis de resposta (critério) e os mediadores. Realizaram-se também modelos de regressão linear simples para testar a contribuição das formas do autocrítico e autotranquilização e da vergonha externa (variáveis independentes) na depressão e ansiedade (variáveis dependentes). O modelo de regressão linear univariado, que testa a relação funcional entre uma variável dependente (Y) e uma ou mais variáveis independentes, é do tipo $Y_j = \beta_0 + \beta_1 X_{1j} + \beta_2 X_{2j} + \dots + \beta_p X_{pj} + \epsilon_j$, em que os β_j são os chamados coeficientes de regressão e representam os declives parciais (i.e., variação de Y por unidade de variação de X_j). O termo de ϵ_j , erros ou resíduos do modelo, reflete os erros de medição e a variação natural de Y e β_0 representa a ordenada na origem. As hipóteses em estudo são $H_0: \beta_j = 0$ versus $H_1: \beta_j \neq 0 (i = 1, \dots, p)$. Quando se rejeita a H_0 ($p\text{-value} \leq \alpha$) conclui-se que a variável independente possui um efeito significativo sobre a variação da variável dependente. A qualidade de ajustamento do modelo de regressão linear aos dados é avaliada através do coeficiente de determinação (R^2), medida que mede a proporção da variabilidade total de Y que é atribuível à dependência do Y de todos os X_j (Zar, 1999; Maroco, 2010b, pp. 562-571). Valores adequados de R^2 variam entre $0 \leq R^2 \leq 1$, em que valores acima de .50 atestam que o ajustamento do modelo aos dados é aceitável (Maroco, 2010b, p. 571). Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software* PASW (*Predictive Analytics Software*) Statistics (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA) e com o *Software* Amos (*Analysis of Moment Structures*) (versão 19; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

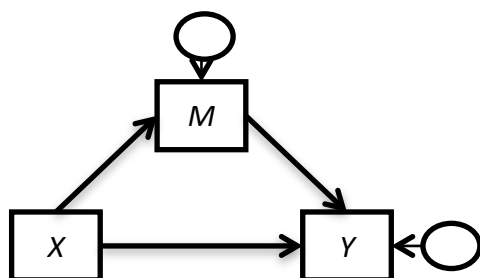


Figura 6.1. Representação gráfica do modelo de mediação (adaptado de Maroco, 2010a).

Os resultados obtidos com estas análises levaram-nos a explorar o papel mediador das formas do autocrítico e autotranquilização na relação entre vergonha externa e sintomas

depressivos e ansiosos. Optou-se por testar o efeito de mediação usando o modelo de análise de trajetórias (*Path Analysis*) com vista a estudar as relações estruturais (efeitos diretos e indiretos) entre variáveis manifestas (exógenas e endógenas) a partir de estrutura correlacional observada entre essas variáveis. Os modelos de mediação (ou modelos de variáveis intermediárias) pressupõem que a variável X (independente ou preditora) exerça um efeito causal sobre a variável Y (dependente ou critério) através da influência de uma terceira variável, a variável mediadora (M). Por outras palavras, X afeta Y porque X afeta M , e M que, por sua vez, afeta Y . A Figura 6.1. representa graficamente o modelo de mediação.

Assim, e de acordo com Baron e Kenny (1986), uma variável funciona como variável mediadora quando estão presentes três pressupostos: (1) a variável preditora (VI) prediz significativamente a variável dependente ($Y_{1j} = \beta_{01} + \tau X_j + \varepsilon_{1j}$); (2) a variável preditora (VI) é preditor significativo do mediador ($M_j = \beta_{03} + \alpha X_j + \varepsilon_{3j}$) e (3) a variável preditora e o mediador são preditores significativos do resultado (VD) ($Y_{2j} = \beta_{02} + \tau X_j + \beta M_j + \varepsilon_{2j}$) (Maroco, 2010b, pp. 643-644). A mediação é particularmente forte ou perfeita quando o efeito direto da variável independente na variável dependente, sob a presença da mediação, é nulo (Baron & Kenny, 1986), o que significa que a variável mediadora transporta *per si* o efeito da variável independente para a variável dependente. Resumidamente, o efeito direto de X sobre Y é estimado, na sua forma estandardizada, por β_{YX} e o efeito indireto (efeito de mediação) é estimado por $\beta_{MX} \times \beta_{YM}$. Por fim, o efeito total de X sobre Y é estimado pela soma dos efeitos diretos e dos efeitos indiretos. A hipótese a testar é a significância do efeito de mediação: $H_0: \beta_{MX} \times \beta_{YM} = 0$ (efeito de mediação não significativo) *versus* $H_1: \beta_{MX} \times \beta_{YM} \neq 0$ (efeito de mediação significativo). Uma vez que o *Software* Amos (versão 19) não possui testes à significância dos efeitos indiretos (mediação) recorreu-se ao método de reamostragem *Bootstrap*. Este método apresenta elevada precisão, sendo livre de qualquer pressuposto ou assunção teórica sobre as variáveis (Maroco, 2010a, p. 148). Permite gerar uma aproximação empírica da distribuição amostral do efeito indireto ($\alpha \times \beta$) e fornece o respetivo I.C. (95%). A estimativa *bootstrapped* do efeito indireto baseou-se na iteração de 2000 amostras, sendo que o valor *boot* não nos confirma a presença (ou não) de um efeito de mediação, somente o respetivo I.C. 95%, e se os ICs não conterem zero, estamos na presença de um efeito de mediação. Realizaram-se, assim, dois estudos de mediação para investigar a relação entre o autocrítica e autotranquilização, a vergonha externa e a depressão e ansiedade. A variável preditora foi a vergonha externa, medida pela OAS (Goss et al., 1994). As variáveis de resposta (ou critério) foram a depressão e a ansiedade, avaliadas pela EADS-42 (Pais-Ribeiro et al., 2004). Assumiu-se as formas do autocrítica (*eu inadequado* e *eu detestado*) e autotranquilização como variáveis mediadoras, avaliadas pela FSCRS (Gilbert et al., 2004). Para esse efeito, foram propostos dois modelos causais hipotéticos com recurso a análises de trajetórias (*Path Analysis*) com o *Software* Amos (versão 19; SPSS Inc, Chicado,

IL, USA), que permitiram considerar simultaneamente a influência de todas as variáveis exógenas nas variáveis endógenas e decompor a associação entre as variáveis em diferentes tipos de efeitos. Foi avaliado um modelo causal da vergonha externa e da sintomatologia depressiva e ansiosa, mediado pelas formas do autocrítico e autotranquilização. Nos diagramas de trajetórias propostos a vergonha externa foi considerada uma variável exógena independente; as formas de autocrítico e autotranquilização, variáveis endógenas mediadoras e os sintomas depressivos e sintomas ansiosos considerados variáveis endógenas dependentes.

4. Resultados

4.1. Análise preliminar dos dados

Foi analisada a normalidade das variáveis em estudo através do Teste de Kolmogorov-Smirnov, assim como o enviesamento em relação à média através dos valores de assimetria e de achatamento. As variáveis em estudo não apresentaram uma distribuição normal apesar dos valores de *Skewness* e de *Kurtosis* não evidenciarem graves enviesamentos (valores de *Skewness* entre -0.291 e 1.705; valores de *Kurtosis* entre -0.248 e 2.840) ($Sk < |3|$ e de $Ku < |10|$; Kline, 1998). Recorreu-se aos testes paramétricos pela robustez que estes apresentam face a violações à normalidade das variáveis. De acordo com Maroco (2010b), à medida que a amostra aumenta a distribuição vai assumindo a forma de distribuição normal (ainda que a distribuição da variável seja enviesada), o que resulta da extensão do teorema do limite central (p. 137). A análise dos *outliers* foi efectuada com recurso à representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). As análises de regressão linear simples foram validadas tendo em conta os seguintes pressupostos: normalidade (através do teste *K-S* e dos valores de *Skewness* e de *Kurtosis*), homogeneidade (análise do gráfico de probabilidade normal) e independência dos resíduos (através da estatística de Durbin-Watson). As variáveis não se revelaram multicolineares ($VIF < 5$). A presença de multicolinearidade entre as variáveis foi analisada mediante o cálculo dos VIF.

4.2. Estatística descritiva

Procurou-se testar as diferenças de género relativamente às médias nas variáveis em estudo. Foram calculados os valores das médias e desvios-padrão para todas as variáveis em estudo, bem como os valores de p e t , através do método paramétrico t -Student. Neste teste teve-se em consideração a homogeneidade da variância em cada uma das comparações realizadas e, nos casos em que não existia homogeneidade de variância nos dois grupos (presença de heterocedasticidade), adotou-se a correção ao procedimento disponibilizada pelo *software*

(Howell, 2007). Na Tabela 6.2. são apresentadas as médias e desvios-padrão para o total da amostra, assim como os valores de consistência interna, e as diferenças entre o género masculino e o género feminino.

Pela análise da Tabela 6.2., os dados obtidos mostraram que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos na maioria das variáveis, à exceção da subescala *eu detestado* (FSCRS), $t_{(448)} = 3.60, p \leq .001$, da subescala *depressão* (EADS-42), $t_{(488)} = 2.93, p = .017$, e da subescala *ansiedade* (EADS-42), $t_{(488)} = 2.97, p = .003$, em que o género masculino obteve pontuações médias mais elevadas nas referidas variáveis ($M = 2.73, DP = 2.92; M = 7.06, DP = 7.58; M = 6.62, DP = 6.62$, respetivamente). Excetuando a subescala *eu detestado*, todas as outras medidas revelaram valores de consistência interna que variaram de bons a muito bons. Face às diferenças de género estatisticamente significativas decidiu-se controlar estatisticamente o efeito do género, numa análise de regressão hierárquica múltipla, em que se colocou o género no primeiro passo da equação da regressão. Verificou-se que, em todas as análises de regressão, o género não se revelou um preditor significativo, não alterando por isso os resultados relativos às variáveis preditoras, pelo que as análises estatísticas foram realizadas na amostra total.

Tabela 6.2. Médias e desvios-padrão para o total da amostra (N = 450) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo, e valores de alfa de Cronbach

	Total (N = 450)		Masculino (n = 124)		Feminino (n = 326)		t	p	α
	M	DP	M	DP	M	DP			
Formas de Autocriticismo									
Eu Inadequado (FSCRS)	12.18	7.33	11.67	7.21	12.38	7.38	-.92	.359	.90
Eu Detestado (FSCRS)	2.06	2.48	2.73	2.92	1.80	2.25	3.60	.000	.56
Eu Tranquilizador (FSCRS)	19.74	6.37	20.22	6.63	19.56	6.27	.98	.329	.88
Vergonha									
Vergonha Externa (OAS)	18.66	10.50	19.43	12.49	18.37	9.67	.96	.338	.93
Psicopatologia									
Depressão (EADS-42)	5.88	6.49	7.06	7.58	5.44	5.98	2.39	.017	.93
Ansiedade (EADS-42)	5.34	5.66	6.62	6.62	4.86	5.19	2.97	.003	.88

Nota. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress.

4.3. Análises de correlação

Para estudar a associação entre autocriticismo, vergonha externa e psicopatologia realizou-se um estudo de natureza correlacional, em que se procurou analisar a grandeza das associações entre as formas do autocriticismo, a vergonha externa e os sintomas depressivos e ansiosos. A Tabela 6.3. ilustra as correlações entre as formas do autocriticismo (FSCRS), a vergonha externa (OAS) e os sintomas depressivos e ansiosos (EADS-42).

Tabela 6.3. Matrizes de correlação de *Pearson* entre o autocrítico (FSCRS), a vergonha externa (OAS) e as subescalas depressão e ansiedade da EADS-42 (N = 450)

Variáveis	Eu Inadequado (FSCRS)	Eu Detestado (FSCRS)	Eu Tranquilizador (FSCRS)	Vergonha Externa (OAS)	Depressão (EADS-42)
Eu Detestado (FSCRS)	.63**				
Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.35**	-.39**			
Vergonha Externa (OAS)	.53**	.58**	-.28**		
Depressão (EADS-42)	.50**	.61**	-.32**	.53**	
Ansiedade (EADS-42)	.41**	.52**	-.22**	.42**	.74**

Nota. ** $p \leq .01$. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; OAS = Escala de Vergonha Provocada pelos Outros; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress.

Autocrítico e Vergonha Externa

Como pode ver-se pela leitura da Tabela 6.3., as correlações entre as formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) e a vergonha externa atual (OAS) são estatisticamente significativas, e no sentido esperado da associação. Os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as formas negativas do autocrítico (*eu inadequado* e *eu detestado*) e a *vergonha externa* são moderados, observando-se uma associação mais expressiva com o *eu detestado*. Isto sugere que níveis elevados de autocrítico se associam a níveis elevados de vergonha externa. Numa análise mais detalhada, o *eu inadequado* mostrou-se positiva e moderadamente correlacionado com a *vergonha externa* ($r = .53$; $p \leq .01$), assim como o *eu detestado*, com uma associação mais expressiva com a *vergonha externa* ($r = .58$; $p \leq .01$). Em relação ao *eu tranquilizador* a correlação obtida revelou-se estatisticamente significativa, negativa e de magnitude fraca com a *vergonha externa* ($r = -.28$; $p \leq .01$), com níveis elevados de autotranquilização associados a níveis mais baixos de vergonha externa.

Por último, as formas negativas do autocrítico mostraram-se significativamente associadas, com uma correlação positiva e de magnitude alta ($r = .63$; $p \leq .01$). Contudo, diferenciam-se entre si, ou seja, os sentimentos de inadequação e de inferioridade pelo *eu* distinguem-se dos sentimentos mais aversivos, de ódio e repugnância pelo *eu* e do desejo o de magoar, punir ou perseguir. O *eu tranquilizador*, que pertence ao sistema de regulação de afeto positivo, mostrou-se negativamente correlacionado com as outras formas de autocrítico, em que a associação assume maior expressividade com o *eu detestado* ($r = -.39$; $p \leq .01$). Parece, então, que os indivíduos que se autocríticam e atacam quando as coisas correm mal possuem fracas competências de autotranquilização e autocompaixão e focam-se menos nas coisas positivas. A autocompaixão poderá ser a via para lidar com esta experiência interna negativa e com as emoções negativas e comportamentos associados. Estes dois sistemas de autoavaliação (autocrítico e autocompaixão) são o *output* de dois sistemas de regulação de afeto diferentes que interagem entre si, com o sistema de *soothing* e de vinculação a exercer um papel chave na regulação do sistema de ameaça-defesa.

Autocriticismo e Psicopatologia

Os coeficientes de correlação obtidos entre as formas do autocriticismo e a psicopatologia, medida pela EADS-42, mostraram-se positivos e estatisticamente significativos. No que diz respeito à subescala *depressão*, o *eu inadequado* mostrou-se moderadamente correlacionado no sentido esperado ($r = .50; p \leq .01$). Por sua vez, o *eu detestado* revelou uma associação significativa positiva e mais expressiva com a *depressão* ($r = .61; p \leq .01$) (cf. Tabela 6.3.). Em relação ao *eu tranquilizador* a correlação obtida mostrou-se negativa, significativa e de magnitude fraca com a *depressão* ($r = -.32; p \leq .01$). Para a subescala *ansiedade*, encontrou-se o mesmo padrão na proporção das associações, isto é, o *eu inadequado* mostrou-se significativa e moderadamente associado, no sentido esperado ($r = .41; p \leq .01$), assim como o *eu detestado*, apesar do valor da correlação ser mais expressivo neste último ($r = .52; p \leq .01$). A relação entre o *eu tranquilizador* e a *ansiedade* mostrou uma associação negativa, baixa e estatisticamente significativa ($r = -.22; p \leq .01$). Os dados obtidos apontam no sentido que formas negativas do autocriticismo e a autotranquilização estão relacionadas com os sintomas psicopatológicos, em particular com os sintomas depressivos.

Vergonha Externa e Psicopatologia

A força e o sentido da relação linear entre a vergonha externa atual e os sintomas depressivos e ansiosos foram os esperados (cf. Tabela 6.3.). Ou seja, a análise dos resultados mostrou associações positivas e moderadas entre a *vergonha externa* e a *depressão* ($r = .53; p \leq .01$) e a *ansiedade* ($r = .42; p \leq .01$). De destacar que a correlação mostrou-se mais expressiva com a *depressão* do que com a *ansiedade*, como expectável. Isto sugere que níveis mais elevados de vergonha externa estão associados a mais sintomatologia depressiva e ansiosa.

Em suma, os resultados acima obtidos estão de acordo com a literatura existente e, mais especificamente, com o trabalho desenvolvido por Gilbert e colaboradores (1998, 2002, 2004, 2005, 2006) que mostrou que o autocriticismo está altamente associado à experiência de vergonha externa (sentir-se defeituoso e indesejado aos olhos dos outros). O autocriticismo é um processo complexo, associado à autoidentidade e a estratégias e comportamentos de defesa. A autocompaixão sendo um processo de regulação emocional oposto, está relacionada com a capacidade de nos sentirmos seguros e aceites no mundo e connosco próprios, que por sua vez deriva da experiência de como sentimos e pensamos que os outros pensam e sentem acerca de nós e da capacidade de obtermos a aprovação, respeito e aceitação dos outros (Gilbert, 1992a, 1992c, 2005b, 2007a, 2009b, 2009c, 2009e; Tarrier, 1998). À semelhança destes resultados, diversos estudos evidenciaram também a contribuição do autocriticismo para uma variedade de sintomas psicopatológicos, em especial a depressão (Blatt & Zuroff, 1992; Driscoll, 1988; Gilbert, 2000b; Gilbert & Irons, 2005; Teasdale & Cox, 2001). A dificuldade em lidar com os autoataques e autodesvalorizações e sentimentos de inferiorida-

de associada à incapacidade de autotranquilização e autocompaixão explica a depressão e a sua manutenção (Gilbert, 2005b, 2005c; Gilbert & Allan, 1998; Gilbert et al., 2001; Gilbert et al., 2004; Gilbert et al., 2006). Mais ainda e em relação à vergonha externa, estudos prévios mostraram que esta se correlaciona significativamente com a depressão, ansiedade e *stress* (Andrews & Hunter, 1997; Andrews et al., 2002; Cheung et al., 2004; Gilbert, 2000c; Gilbert et al., 1996; Gilbert & Gerlsma, 1999; Matos & Pinto-Gouveia, 2009).

4.4. Contribuição relativa do Autocriticismo e da Vergonha Externa para a predição da Depressão

Para explorar a contribuição relativa do autocriticismo e da vergonha externa para a explicação dos sintomas depressivos optou-se pela análise de regressão linear múltipla simples, com seleção das variáveis pelo método *standard*. Validaram-se os pressupostos de normalidade dos dados, homogeneidade e independência dos resíduos. A Tabela 6.4. apresenta o sumário do modelo de regressão utilizado e os coeficientes de regressão múltipla simples com o autocriticismo e a vergonha externa como variáveis independentes e a depressão como variável dependente.

Tabela 6.4. Modelo de regressão múltipla *standard* para as formas do autocriticismo (FSCRS) e a vergonha externa (OAS) (variáveis independentes) sobre a depressão (EADS-42) (variável dependente) (N = 450)

	β	t	R	R^2	R^2 Ajustado	F	p
Modelo global			.66	.44	.43	85.67	.000
Preditores							
Eu Inadequado (FSCRS)	.10	2.16					.032
Eu Detestado (FSCRS)	.39	7.63					.000
Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.07	-1.79					.075
Vergonha Externa (OAS)	.24	5.22					.000

Nota. FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquilização; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros.

Como pode ler-se na Tabela 6.4., os resultados mostraram que as variáveis predictoras produziram um modelo significativo, $F_{(4, 445)} = 85.67$; $p \leq .001$; $R^2 = .44$, na predição da *depressão*. Numa análise mais detalhada verificou-se que o *eu detestado*, a *vergonha externa* e o *eu inadequado* apresentaram uma significativa e independente contribuição para a explicação da variância única da *depressão*. O *eu detestado* apresentou um valor de beta estandardizado mais elevado, emergindo como o melhor preditor global ($\beta = .39$; $p \leq .001$), seguido da *vergonha externa* ($\beta = .24$; $p \leq .001$) e do *eu inadequado* ($\beta = .10$; $p = .032$). O *eu tranquilizador* não se mostrou significativo.

4.5. Contribuição relativa do Autocriticismo e da Vergonha Externa para a predição da Ansiedade

O mesmo procedimento foi conduzido para a ansiedade, ou seja, foi realizada uma análise de regressão linear simples, com seleção das variáveis pelo método *standard*, com o autocriticismo e a vergonha externa como variáveis independentes e a ansiedade como

variável dependente. O sumário do modelo de regressão múltipla *standard* e os coeficientes de regressão são apresentados na Tabela 6.5.

Tabela 6.5. Modelo de regressão múltipla *standard* para as formas do autocrítica (FSCRS) e a vergonha externa (OAS) (variáveis independentes) sobre a ansiedade (EADS-42) (variável dependente) (N = 450)

	β	t	R	R^2	R^2 Ajustado	F	p
Modelo global			.56	.31	.30	50.13	.000
Preditores							
Eu Inadequado (FSCRS)	.07	1.30					.196
Eu Detestado (FSCRS)	.41	7.37					.000
Eu Tranquilizador (FSCRS)	.01	.16					.874
Vergonha Externa (OAS)	.15	3.03					.003

Nota. FSCRS = Escala das Formas de Autocrítica e Autotranquilização; OAS = Vergonha Externa provocada pelos Outros.

O modelo de regressão obtido mostrou-se estatisticamente significativo, $F_{(4, 445)} = 50.13$; $p \leq .001$, contribuindo 30% para a variabilidade da *ansiedade* (cf. Tabela 6.5.). Da análise dos coeficientes de regressão (cf. Tabela 6.5.) verificou-se que foram estatisticamente significativos os preditores *eu detestado* e *vergonha externa*. Por ordem de grandeza dos coeficientes de regressão estandardizados, o *eu detestado* revelou-se o preditor com mais peso ($\beta = .41$; $p \leq .001$) seguido da *vergonha externa* ($\beta = .15$; $p = .003$). As restantes variáveis não se mostraram significativas.

4.6. Influência do Autocrítica e Autocompaixão na relação entre a Vergonha Externa e a Depressão

4.6.1. Efeito mediador do Autocrítica e da Autotranquilização

Partindo destes resultados fazia sentido hipotetizar que as formas do autocrítica e autotranquilização pudessem funcionar como variáveis mediadoras da relação causal entre a vergonha externa e a sintomatologia depressiva. Para esse efeito, testou-se um modelo causal da vergonha externa na depressão, mediado pelas formas do autocrítica e autotranquilização. A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo método da máxima verosimilhança implementado no *Software Amos* (versão 19 SPSS Inc, Chicago, IL, USA). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis- DM^2 (i.e., $p1$; $p2 < .05$, como indicativo de possível *outlier*), e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e de curtose (Ku) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de Sk e de Ku indicativos de violações severas à distribuição normal (i.e., $Sk < |3|$; $Ku < |10|$; Kline, 1998). Verificou-se a presença de algumas observações extremas com valores de DM^2 sugestivos de possíveis observações *outliers* tendo-se optado pela sua manutenção, por se considerar de interesse para o fenómeno em estudo a variabilidade encontrada. Cohen e Cohen (1983) sugerem que, quando na presença de efeitos de mediação com três ou mais mediadores, se todas as trajetórias entre mediadores forem significativas o efeito global de mediação será também significativo. Contudo, a significância dos efeitos indiretos da mediação foi avaliada mediante reamostragem *Bootstrap*.

De seguida, explorámos o efeito de quatro variáveis nos sintomas depressivos: *vergonha externa*, *eu inadequado*, *eu detestado* e *eu tranquilizador*. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 6.2.) a vergonha externa é considerada uma variável exógena independente. A variabilidade desta variável não tem causas conhecidas (i.e., é determinada por variáveis não consideradas no modelo). As formas do autocriticismo e autotranquilização são tidas como variáveis endógenas mediadoras e os sintomas depressivos como variável endógena dependente. Os erros ou variabilidade não explicada (e_Y , e_Z) correspondem à proporção da variabilidade que não é explicada pelas relações causais hipotéticas do modelo. Os coeficientes de trajetória traduzem a intensidade da relação entre as variáveis, sendo que os mesmos podem representar-se por β_{ji} e são estimados pelos coeficientes de regressão estandardizados entre as diferentes variáveis (Betas) (Maroco, 2010b, p.649). A análise de trajetórias (*Path Analysis*) permite considerar simultaneamente a influência de todas as variáveis exógenas nas variáveis endógenas e ainda decompor a associação entre as variáveis em diferentes tipos de efeitos: (a) Efeitos diretos (relação direta entre as variáveis estimada pelo coeficiente de trajetória de uma variável para outra); (b) Efeitos indiretos ou mediadores (o efeito de uma variável faz-se sentir diretamente através de outra variável, sendo estimado pelo produto dos coeficientes de trajetória compostos, que ligam as variáveis entre si e no mesmo sentido); (c) Efeitos não analisados (efeitos devido a causas correlacionadas entre duas variáveis); e (d) Efeitos espúrios (efeitos devido a causas comuns de uma variável, ou seja, a associação entre duas variáveis é, em parte, responsável pela associação de cada uma delas a uma terceira variável). A soma dos efeitos diretos e indiretos (efeito total) representa uma estimativa da associação entre duas variáveis (Maroco, 2010b, p. 650). Como indicado pelo *software* Amos correlacionaram-se os ‘erros’ ou ‘resíduos’ das variáveis endógenas mediadoras (formas do autocriticismo e autotranquilização). A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, a saber: χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA, p [rmsea $\leq .05$] (Maroco, 2010a). Os pressupostos exigidos para esta análise foram testados através da utilização do *software* Amos 19. O modelo causal hipotético proposto está representado graficamente na Figura 6.2.

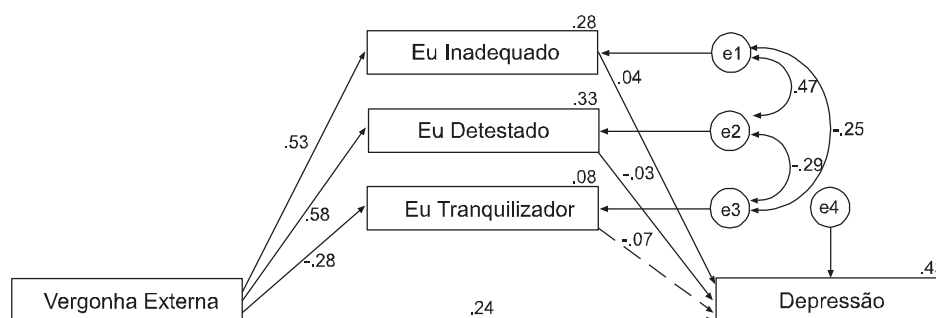


Figura 6.2. Impacto da vergonha externa (OAS) e do autocriticismo e autotranquilização (FSCRS) na depressão (EADS-42)

A análise das estimativas estandardizados dos coeficientes de trajetória e a respetiva significância no modelo resultou no redesenho do modelo, com a eliminação das trajetórias que não se mostraram estatisticamente significativas. A Tabela 6.6. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória do modelo e a respetiva significância no modelo da depressão.

Tabela 6.6. Estimativas estandardizadas de coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo de depressão

			Estimativas	EP	Z	p
Eu Inadequado (FSCRS)	←	Vergonha Externa (OAS)	.528	.028	13.187	***
Eu Detestado (FSCRS)	←	Vergonha Externa (OAS)	.576	.009	14.928	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	←	Vergonha Externa (OAS)	-.284	.027	-6.288	***
Depressão (EADS-42)	←	Eu Detestado (FSCRS)	.402	.129	8.158	***
Depressão (EADS-42)	←	Eu Inadequado (FSCRS)	.115	.042	2.418	.016
Depressão (EADS-42)	←	Vergonha Externa (OAS)	.240	.028	5.312	***

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros.

O modelo final ajustado explica 43% da variabilidade da *depressão*. Todas as trajetórias são estatisticamente significativas e no sentido esperado, com exceção do efeito direto do *eu tranquilizador* sobre a *depressão* ($b_{depressão.eu\,tranq} = -.071$; $EP_b = .040$, $Z = -1.793$; $p = .073$; $\beta_{depressão.eu\,tranq} = -.070$) (cf. Figura 6.2.). Os resultados obtidos mostraram que a *vergonha externa* apresentou um efeito total sobre a *depressão* de .532 com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].462; .597[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito direto da *vergonha externa* sobre a *depressão* é de $\beta = .240$, em que a estimativa deste efeito para um I.C. a 95% com limites $].153; .326[$, é estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. A *vergonha externa* revelou também um efeito indireto sobre a *depressão* mediado pelo *eu inadequado* de .061 ($\beta = .528 \times .115$), representando 12% ($.061/.532 = .115$) do efeito total da *vergonha externa* sobre a *depressão*, o que sugere que os indivíduos que acreditam existir na mente dos outros de forma negativa e que se autocriticam, focando-se nos erros, falhas e inadequações do *eu* estão mais deprimidos. O modelo permitiu ainda identificar um efeito indireto mediado pelo *eu detestado* de .232 ($\beta = .576 \times .402$), e que corresponde a 44% ($.232/.532 = .436$) do efeito total da *vergonha externa* sobre a *depressão*. Este resultado indica que aqueles indivíduos com mais vergonha externa e que têm mais *eu detestado* (ódio e aversão pelo *eu*) apresentam mais sintomatologia depressiva. A significância estatística dos efeitos indiretos foi efetuada através de reamostragem *Bootstrap*, enquadrada para um I.C. a 95% com limites de $].237; .352[$, sendo estatisticamente diferentes de zero para $p = .001$. Por último, foi identificado um efeito direto da *vergonha externa* sobre o *eu tranquilizador* de $\beta = -.284$, sendo a significância estatística enquadrada para um I.C. a 95% com limites de $]-.371; -.197[$, sendo estatisticamente diferentes de zero para $p=.001$.

Na Figura 6.3. o modelo final é apresentado, com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da depressão. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 3.203, p = .074$; CFI = .997; TLI = .971; RMSEA = .070; $p [rmsea \leq .05]$).

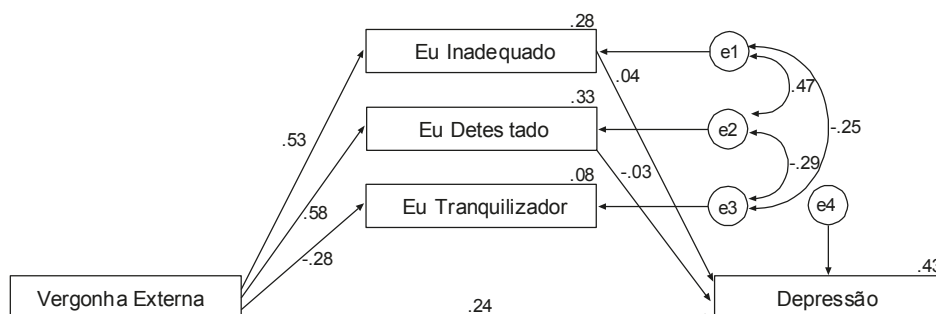


Figura 6.3. Modelo final de mediação das formas do autocrítica/autotranquilização (FSCRS) sobre a depressão (EADS-42)

4.7. Influência do Autocrítica e Autocompaixão na relação entre a Vergonha Externa e a Ansiedade

4.7.1. Efeito mediador do Autocrítica e da Autotranquilização

Repetiram-se as mesmas análises para explorar o efeito de mediação das formas do autocrítica e autotranquilização na relação entre a vergonha externa e a ansiedade. Ou seja, testou-se um modelo causal da vergonha externa (OAS) nos sintomas ansiosos (EADS-42) mediado pelo autocrítica e autotranquilização (FSCRS). Avaliou-se a significância dos coeficientes de regressão após a estimação dos parâmetros pelo método da máxima verossimilhança implementado no *Software Amos* (versão 19). A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis- DM^2 e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (Sk) e de achatamento (Ku) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de Sk e de Ku indicativos de violações severas à distribuição normal (i.e., $Skweness < |3|$; $Kurtosis < |10|$; Kline, 1998). As observações detetadas como possíveis *outliers* foram mantidas na análise, pela fonte de variabilidade que acrescentam ao fenómeno em estudo. A significância dos efeitos indiretos foi avaliada pelo método de reamostragem *Bootstrap*, enquadrado para um I.C. a 95%. Como indicado pelo *software Amos* correlacionaram-se os ‘erros’ ou ‘resíduos’ das variáveis endógenas mediadoras (formas do autocrítica e autotranquilização). A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, a saber: χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA, $p [rmsea \leq .05]$. Consideraram-se estatisticamente significativos os efeitos com $p < .05$.

Explorou-se, então, o efeito de quatro variáveis na ansiedade: a *vergonha externa*, o *eu inadequado*, o *eu detestado* e o *eu tranquilizador*. No diagrama de trajetórias proposto, a ver-

gonha externa é considerada uma variável exógena independente; as formas do autocríticismo (*eu inadequado* e *eu tranquilizador*) e autotranquilização são tidas como variáveis endógenas mediadoras, e a ansiedade é considerada uma variável endógena dependente. A representação gráfica do modelo proposto está ilustrada na Figura 6.4.

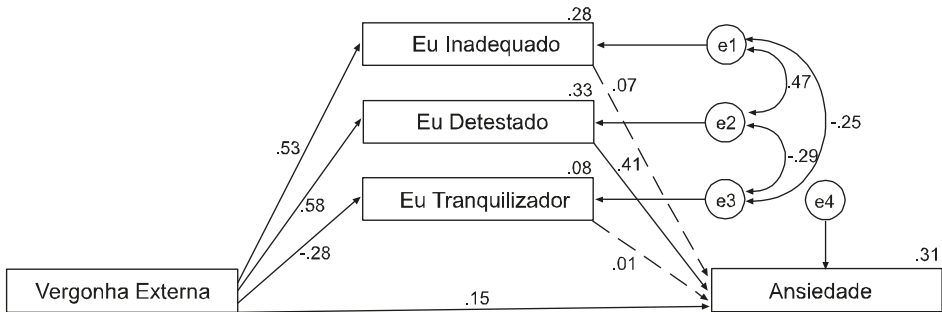


Figura 6.4. Impacto da vergonha externa (OAS) e do autocríticismo e autotranquilização (FSCRS) na ansiedade (EADS-42)

A análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e a respectiva significância no modelo da ansiedade resultou na eliminação de algumas trajetórias por não serem estatisticamente significativas. Cada uma das trajetórias não significativas foi eliminada individualmente e os modelos intermédios reanalisados até à construção do modelo final. As estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da ansiedade são apresentados na Tabela 6.7.

Tabela 6.7. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo de ansiedade

		Estimativas	EP	Z	p
Eu Detestado (FSCRS)	← Vergonha Externa (OAS)	.576	.009	14.928	***
Eu Inadequado (FSCRS)	← Vergonha Externa (OAS)	.528	.028	13.187	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	← Vergonha Externa (OAS)	-.284	.027	-6.288	***
Ansiedade (EADS-42)	← Eu Detestado (FSCRS)	.441	.110	9.193	***
Ansiedade (EADS-42)	← Vergonha Externa (OAS)	.167	.026	3.486	***

Nota. *** $p \leq .001$. FSCRS = Escala das Formas do Autocríticismo e Autotranquilização; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros.

O modelo final ajustado explica 31% da variabilidade da *ansiedade*. Todas as trajetórias são estatisticamente significativas, com exceção dos efeitos diretos do *eu tranquilizador* sobre a *ansiedade* ($b_{ansiedade.eu\tranq} = .006$; $EP_b = .038$, $Z = .159$; $p = .873$; $\beta_{ansiedade.eu\tranq} = .010$) e do *eu inadequado* sobre a *ansiedade* ($b_{ansiedade.eu\inadeq} = .052$; $EP_b = .040$, $Z = 1.292$; $p = .196$; $\beta_{ansiedade.eu\inadeq} = .07$) (cf. Figura 6.4.). Os resultados obtidos mostraram que a *vergonha externa* mostrou um efeito total de .422 sobre a *ansiedade*, em que a estimativa deste efeito total foi enquadrada para um I.C. a 95%, com limites].340; .501[; este efeito é significativamente diferente de zero para $p = .001$, sendo o efeito direto de $\beta = .167$, para um I.C. a 95% com

limites $].075; .255[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .003$. Este tipo de vergonha apresentou um efeito indireto sobre a *ansiedade* mediado pelo *eu detestado* de $.254$ ($\beta = .576 \times .441$). Este efeito indireto corresponde a 60% ($.254/.422 = .602$) do efeito total da *vergonha externa* sobre a *ansiedade*, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$, mediante reamostragem *Bootstrap*, enquadrada para um I.C. a 95% com limites de $].182; .339[$. Isto sugere que os indivíduos que acreditam existir na mente dos outros de forma negativa e desvalorizada (vergonha externa) e em que o autocrítico se centra em sentimentos de ódio e repugnância pelo *eu* e no desejo de perseguir, atacar e punir o *eu* apresentam mais sintomatologia ansiosa. Por último, o modelo permitiu ainda identificar os efeitos diretos da *vergonha externa* sobre o *eu inadequado* de $\beta = .528$, sendo este efeito enquadrado para um I.C. a 95% com limites $].457; .596[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .001$, assim como da *vergonha externa* sobre o *eu tranquilizador* de $\beta = -.284$, para um I.C. a 95% com limites $]-.384; -.179[$, estatisticamente diferente de zero para $p = .001$.

Na Figura 6.5. o modelo final é apresentado, com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão e o R^2 da *ansiedade*. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 1.691$, $p = .429$; CFI = 1.000; TLI = 1.002; RMSEA = .000; p [rmsea $\leq .05$]).

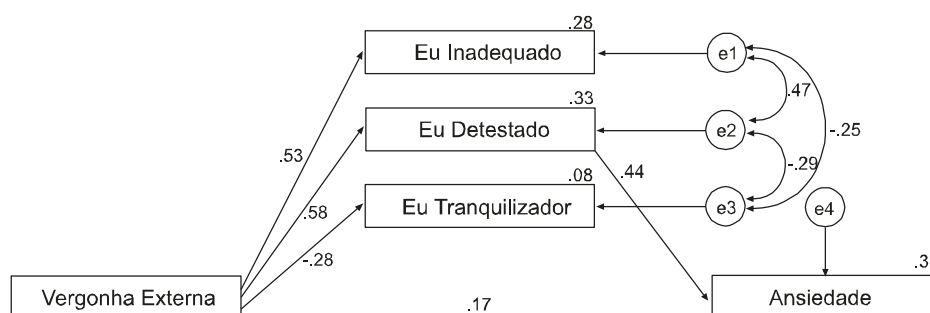


Figura 6.5. Modelo final de mediação das formas do autocrítico/autotranquilização (FSCRS) sobre a ansiedade (EADS-42)

Em síntese, os resultados obtidos nestes dois estudos de mediação do autocrítico e autotranquilização parecem sugerir que as experiências do *eu* em estudo (vergonha externa e autocrítico) estão implicadas no desenvolvimento e manutenção dos sintomas depressivos e ansiosos. Outro resultado que ressalta é que a autotranquilização parece não exercer qualquer papel protetor da sintomatologia depressiva e ansiosa.

5. Discussão

O modelo biopsicossocial da vergonha postula que a vergonha é uma emoção associada à autoconsciência e autoidentidade, e que ajuda o ser humano a atingir objetivos sociais (Gilbert, 2002a, 2007b, 2007c; Gilbert & Andrews, 1998; Tangney & Dearing, 2002). A

vergonha associa-se a sentimentos de inferioridade, rejeição e comparação social negativa (Kaufman, 1989) e pressupõe a existência de crenças relacionadas com a forma como existimos na mente dos outros (e.g., *eu* como inadequado, mau ou inferior) e de um forte desejo de esconder e encobrir o *eu* (Gilbert, 1998a; Gilbert & McGuire, 1998; Tangney & Fischer, 1995). Experiências emocionais negativas com os outros que levam o indivíduo a acreditar que existe de uma forma negativa na mente dos outros (experiências de vergonha) desempenham um papel importante na construção de modelos internos negativos do *eu* (autocriticismo) (Baldwin, 1994; Gilbert, 1998a, 2002a; Schore, 1998). Ou seja, a vulnerabilidade para o autocriticismo baseado na vergonha está enraizada em experiências de rejeição, crítica e de vergonha (Gilbert, 1989, 1998a, 2002a; Gilbert & Irons, 2004; Kaufman, 1989), o que ilustra que estes dois construtos são processos alta e mutuamente associados (Gilbert et al., 2004; Gilbert & Irons, 2005, 2006; Tangney & Dearing, 2002). Ambos, por constituírem respostas associadas ao sistema de processamento ameaça-defesa recrutam emoções defensivas como a ansiedade, tristeza, raiva, nojo ou desprezo e comportamentos defensivos, como o escape, evitamento, encobrimento e a submissão (Gilbert, 1989, 2000d, 2005d; Gilbert & McGuire, 1998). Por outro lado, vários estudos empíricos salientaram a relevância de ambos para diversas perturbações psiquiátricas, tais como a depressão, a ansiedade e a paranoia, entre outras (Allan & Gilbert, 1997; Cheung et al., 2004; Gilbert, 1998a; Gilbert & Irons, 2006; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Pinto-Gouveia & Matos, 2010; Pinto-Gouveia et al., 2011). Num estudo recente, Pinto-Gouveia e colaboradores (2011) mostraram que a vergonha externa atual parece ser importante para a paranoia e o autocriticismo especialmente importante para a depressão.

O presente estudo teve como principal objetivo explorar a relação entre autocriticismo e autotranquilização, vergonha externa e sintomas depressivos e ansiosos. As hipóteses delineadas foram largamente confirmadas e uma série de resultados importantes podem ser apontados. Os resultados decorrentes da análise correlacional mostraram as relações esperadas. A vergonha externa mostrou-se positiva e significativamente correlacionada com o autocriticismo e negativamente com a autotranquilização e autocompaixão. O *eu detestado* apresentou correlações mais expressivas com a vergonha externa do que o *eu inadequado*, como esperado. Isto é, os indivíduos que acreditam existirem na mente dos outros de forma negativa (como não atrativos, inadequados ou maus) e que se percebem como inferiores e indesejáveis tendem a envolver-se em estilos de processamento autocríticos, focados na perseguição, destruição ou eliminação de partes do *eu* e em sentimentos de aversão e ódio pelo *eu*, quando fracassam ou quando as coisas não correm como desejado ou esperado. Inversamente, a autotranquilização como resposta alternativa a fracassos e contrariedades, ligada a outro sistema de regulação de afeto, está associada a uma diminuição da vergonha externa. Estes resultados suportam estudos empíricos prévios que mostraram que a vergonha, como

experiência multifacetada, é prevalente entre os indivíduos autocríticos (Cheung et al., 2004; Gilbert & Miles, 2000b) e são congruentes também com o observado na prática clínica. Relativamente à psicopatologia, a vergonha externa mostrou-se significativamente correlacionada com a depressão e ansiedade. Por sua vez, o autocrítico revelou associações significativas e no sentido esperado com a depressão e ansiedade, em que a grandeza das associações foi mais forte com o *eu detestado*. O grau de hostilidade, desprezo e aversão autodirigidos associado à incapacidade de gerar sentimentos de calor, tranquilização e aceitação pelo *eu* contribui para os sintomas psicopatológicos, como a depressão e a ansiedade (Gilbert et al., 2004; Gilbert & Irons, 2004, 2006; Whelton & Greenberg, 2005). De notar, que as correlações obtidas para ambos os construtos foram mais expressivas com a depressão do que com a ansiedade, o que poderá dever-se ao facto dos indivíduos deprimidos pela sua vivência de derrota e perda, característica da resposta depressiva, manifestarem marcadas dificuldades em resolverem sentimentos de fracasso, inferioridade e inutilidade. A experiência de ficar “encurralado” nos pensamentos, imagens, fantasias e memórias negativas associada à dificuldade em criar sentimentos de contentamento, tranquilização e *soothing* poderá explicar a ocorrência e manutenção da depressão. Ou seja, o autocrítico (*eu* inadequado e *eu* detestado, em especial este último) e a vergonha externa atual estão ligados ao humor triste e ao medo (ansiedade), fazendo parte do sistema de ameaça-defesa (Baumeister et al., 2001; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005c, 2007c; LeDoux, 1998). Por oposição e como esperado, a autotranquilização mostrou-se negativamente correlacionada com a depressão e ansiedade. Os indivíduos que apresentam um estilo autocompassivo, focado em memórias e atributos positivos do *eu*, quando as coisas correm mal ou fracassam, estão mais protegidos de desenvolverem sintomatologia depressiva e ansiosa. Os nossos dados estão de acordo com a literatura e com o modelo teórico de Gilbert (2000c, 2005b, 2009b) que postula que a vergonha, o autocrítico e, por contraste, a autocompaixão, estão associados a diferentes sistemas de regulação de afeto¹ (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005c). A autocompaixão² e o *self-soothing* têm um efeito de regulação do sistema de ameaça-defesa, no qual a vergonha externa e autocrítico estão associados. Acresce referir que será de esperar que estes resultados sejam diferentes, mais expressivos e evidentes numa amostra clínica, em todas as variáveis e em particular no que concerne ao *eu detestado*. Esta forma negativa do autocrítico, por ser mais patogénica, quando está presente sinaliza a existência de psicopa-

¹ Estes sistemas de regulação de afeto possuem uma natureza interativa e recíproca, interagindo entre si para a formação de determinados padrões nas disposições e conexões neurocorticais. São sistemas complexos e em constante estado de correção (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005c; Panksepp, 1998).

² Quando nos sentimos seguros o nosso cérebro fica organizado de forma diferente com diferentes estratégias de focar a atenção e formas mais integrativas de processar a informação (Gilbert, 1993).

tologia. Portanto, numa amostra clínica a força ou grandeza das correlações obtidas entre as variáveis em estudo poderia revelar-se maior e mais robusta.

De seguida, com o objetivo de explorar de forma mais completa a relação entre vergonha externa, autocrítica, sintomas depressivos e sintomas ansiosos foram realizadas estatísticas de regressão linear simples, tendo-se considerado a depressão e a ansiedade como variáveis critério e a vergonha externa e as formas do autocrítica como variáveis preditoras. No que concerne à depressão, os resultados obtidos com a análise de regressão revelaram não só que a vergonha externa e as formas negativas do autocrítica explicam uma proporção significativa da variância única da depressão, com uma independente e única contribuição, acentuando o *eu detestado* como o melhor preditor da depressão, seguido da vergonha externa e do *eu inadequado*. Os resultados obtidos na nossa amostra sugerem que quando existe um estilo de processamento autocrítico focado em sentimentos de autorrepugnância e num desejo de perseguir e agredir o *eu*, associado a crenças de existir de forma negativa na mente dos outros (criando na mente dos outros desinteresse, desejo de evitar ou magoar o *eu*) e a sentimentos de inferioridade e inadequação, os indivíduos ficam mais vulneráveis a desenvolver sintomatologia depressiva. A análise de regressão múltipla *standard* usada para explorar a contribuição da vergonha externa e do autocrítica na ansiedade sugeriu que a vergonha externa e apenas o *eu detestado* explicam uma proporção significativa da variância da ansiedade, com o *eu detestado* como o melhor preditor da ansiedade. Mais uma vez, é o contexto de não gostar do *eu* (crenças autodesvalorizadoras e sentimentos de desprezo e raiva autodirigidos) associado a avaliações e sentimentos focados no *eu* como percebido e julgado de forma negativa por parte dos outros (vergonha externa) que contribui para o surgir da ansiedade. Os nossos resultados estão de acordo com os estudos levados a cabo por Gilbert e colaboradores (2004, 2005, 2006) que mostraram o papel preponderante do autocrítica e da vergonha na psicopatologia.

Tendo por base os resultados obtidos nas análises anteriores, estabeleceu-se a hipótese das formas do autocrítica mediar a relação entre a vergonha externa e a depressão e entre a vergonha externa e a ansiedade. Para isso, propuseram-se dois modelos explicativos da sintomatologia depressiva e ansiosa, com o recurso ao modelo de análises de trajetórias (*Path Analysis*), em que o objetivo principal era testar a hipótese de que o efeito da vergonha externa sobre os sintomas depressivos e ansiosos é mediado pelo autocrítica. A análise estatística utilizada permitiu considerar em simultâneo a influência de todas as variáveis exógenas (i.e., vergonha externa), nas variáveis endógenas (i.e., formas do autocrítica e autotranquilização) e decompor os diferentes tipos de efeitos, distinguindo os efeitos diretos e os efeitos indiretos das associações obtidas.

O primeiro modelo testado explicou 43% da variabilidade da depressão. Os resultados

obtidos permitiram identificar um efeito direto da *vergonha externa* nos *sintomas depressivos* e efeitos indiretos parcialmente mediados pelo *eu inadequado* (11% do efeito total da *vergonha externa* sobre a *depressão*) e pelo *eu detestado* (44% do efeito total da *vergonha externa* sobre a *depressão*). Isto sugere que as formas negativas do autocriticismo (*eu inadequado* e *eu detestado*) medeiam parcialmente o efeito da vergonha externa atual nos sintomas depressivos.

Os dados indicam que o *eu detestado*, como estilo autocrítico tóxico especificamente focado em sentimentos de aversão e ódio pelo *eu* e no desejo de perseguir e punir o *eu* influencia de forma mais expressiva o impacto da vergonha externa na depressão. Este tipo de autocriticismo atua internamente como um sinal hostil, de dominância e ataque que ativa com regularidade respostas defensivas submissas, ansiosas e depressivas, sobretudo se o indivíduo se sentir impotente e incapaz de se defender dos mesmos (Whelton & Greenberg, 2005). Funciona como um sistema de monitorização que está constantemente a procurar fragilidades e a condenar o *eu*. As competências e comportamentos específicos de dominância hostil (e.g., ameaçar e diminuir os outros, vigilância à violação dos subordinados) e de subordinação e ameaça (e.g., concordância receada, apaziguamento, submissão e fuga) na relação externa com os outros podem interagir ao nível subjetivo na relação do *eu* com o *eu*. A literatura atual mostra que uma relação do *eu* com o *eu* dominante-subordinado funciona com uma parte do *eu* a emitir ameaças e a autodesvalorizar (e que sente vergonha) e a outra parte do *eu* a submeter-se e a sentir-se vencida (Discroll, 1988; Gilbert, 1989, 2000c; Gilbert et al., 2004). A perseguição interna, que constitui o autocriticismo mais patogénico, sendo uma experiência constante e repetida de autoataque e condenação, aumenta, por sua vez, um sentimento de vergonha, criando-se um círculo vicioso recíproco. Os aspetos patológicos do autocriticismo centram-se mais nas emoções negativas intensas (sobretudo repugnância/nojo, ódio e aversão), nos seus efeitos e no sentir-se submetido e derrotado internamente, do que no conteúdo do estilo de processamento autocrítico. As vozes críticas internas contêm sugestões, instruções imperativas e condenações associadas a emoções negativas (e.g., desprezo) (Gilbert, 2000c; Gilbert et al., 2004; Whelton & Greenberg, 2005). Os nossos sistemas internos de inferioridade e de diminuição do estatuto (do inglês, *self-put-down*) são sinais gerados internamente que estimulam estratégias de proteção evoluídas para lidar com outros hostis e contextos de ameaça. Perfis de submissão e derrota são ativados no autocriticismo e quando não conseguimos lidar, contra-argumentar ou defendermo-nos dos nossos próprios ataques, emerge a resposta depressiva (Gilbert et al., 2001; Greenberg et al., 1990; Whelton & Greenberg, 2005). De acordo com o modelo evolucionário, a depressão constitui uma estratégia de derrota involuntária relacionada com a perda ou redução da capacidade percebida para competir pelo estatuto ou lugar social (e.g., ser rejeitado por um amante ou para a seleção de um trabalho, sentir-se inferior aos outros por causa de qualidades pessoais), correspondendo à percepção de valor social inferior (baixo *rank*). Portanto, quando experienciamos

o *eu* através da mente dos outros (“forma como existimos na mente dos outros”) com afeto negativo, em especial com desdém/desprezo, crítica ou rejeição, ativa-se a vergonha externa corporizada no receio de ser rejeitado ou deixado de parte por não se ser suficientemente bom/atrativo ou no “medo da intrusão e controlo” em que os outros são percecionados como poderosos e hostis. Este facto, associado a um estilo autoavaliativo crítico centrado em sentimentos de inadequação e inferioridade do *eu* e, em particular, em sentimentos de auto-desprezo e no desejo de magoar e punir o *eu*, aumenta a vulnerabilidade para a sintomatologia depressiva. Isto porque a experiência depressiva é, na sua essência, uma resposta relacionada com o outro, uma forma de autoproteção perante a ameaça e perda, sendo a perceção de ameaça a sua característica nuclear (Beck, 1979, 1985; Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert, 1992a, 1998c, 2007c; Price, 2000). As crenças de proteção na depressão focam-se, na sua maioria, nas ameaças sociais, e têm uma base na infância. Assim, este estado de ameaça deriva de estar comprometido o esforço em criar papéis sociais desejados e, nesse sentido, os nossos dados confirmam a relevância destes dois processos intrapessoais intimamente relacionados com o quadro depressivo: (a) acreditar que se existe na mente dos outros de forma negativa (vergonha externa atual); e (b) incapacidade de resistir ao autocriticismo e *outputs* defensivos associados (dificuldades em aceder ao sistema de *soothing* e tranquilização).

Os resultados do modelo testado permitiram ainda identificar um efeito direto da vergonha externa atual sobre o *eu tranquilizador*, mostrando que a vivência de existir na mente dos outros de forma negativa, ou seja, que a perceção dos outros sobre o *eu* como um agente social não atrativo, defeituoso, inferior, fraco, incompetente relaciona-se com uma menor disposição e atitude positiva e calorosa para com o *eu* (autotranquilização). Os indivíduos com experiências de vergonha não conseguem aceder ao sistema de afeto positivo de *soothing* no seu processamento interno do *eu* com o *eu* (Gilbert, 2000c, 2005b; Gilbert & Procter, 2006; Lee, 2005), tendo mais dificuldades na regulação emocional de situações de ameaça e *stress* (e.g., perda de estatuto e atratividade no grupo social, erros, rejeição), relações interpessoais pobres (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 2000c; Gilbert et al., 1996; Matos et al., 2011; Tangney, 1995b;) e maior propensão para o desenvolvimento de psicopatologia (Gilbert & Procter, 2006; Harman & Lee, 2009; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Pinto-Gouveia & Matos, 2010). Perante isto, conclui-se que os indivíduos que possuem níveis elevados de vergonha externa estarão mais vulneráveis a desenvolverem sintomatologia depressiva.

No que diz respeito à ansiedade, foi igualmente proposto um modelo explicativo que permitisse explorar o efeito de mediação das formas do autocriticismo na relação entre a vergonha externa e os sintomas ansiosos. O modelo final testado explicou 31% da variabilidade da ansiedade. Os resultados obtidos permitiram identificar o efeito significativo direto da vergonha externa atual sobre a *ansiedade*, mas também um efeito indireto da vergonha

externa na *ansiedade* parcialmente mediado pelo *eu detestado* (60% do efeito total da vergonha externa sobre a ansiedade). Isto sugere que a vergonha externa atual e o autocrítico, na forma de *eu detestado*, exercem um papel importante e independente na sintomatologia ansiosa. Os indivíduos cujo sofrimento reside no acreditarem que os outros os vêem de uma forma negativa e desfavorecida e que têm uma relação com o *eu* odiada e aversiva pautada por ataques constantes e por um desejo de magoar, perseguir ou eliminar partes do *eu* apresentam mais sintomatologia ansiosa. Uma hipótese possível para explicar a relação entre o *eu detestado* e a *ansiedade* poderá residir na própria fenomenologia e natureza desta forma de relação do *eu* com o *eu* que caracteriza o *eu detestado*. Sendo o autocrítico uma forma de relação do *eu* com o *eu* em que uma parte do *eu* descobre falhas e defeitos, acusa, condena ou eventualmente se detesta e, portanto, ameaça a outra parte, isto poderá explicar a influência deste processo na ativação do sistema de ameaça-defesa com o *output* da ansiedade. Por outro lado, esta ameaça de uma parte do *eu* sobre a outra parte do *eu* poderá representar a reativação e evocação de memórias de ameaça vivenciadas precocemente com os cuidadores, na infância. É assumido que a relação interna conosco próprios está inscrita em diferentes sistemas de processamento que funcionam como relações sociais internas (Gilbert, 1989, 2000c; Gilbert & Irons, 2005), recrutados a partir das relações externas com os outros. As experiências do *eu* com os outros padronizam o sentido do *eu* e regulam as emoções (Gilbert & Irons, 2005; Greenberg & Mitchell, 1983). Isto significa que as nossas representações dos outros incluídas no processamento de memórias emocionais condicionadas (e.g., memórias traumáticas de vergonha) ativam o sistema de ameaça e proteção e respetivos padrões de resposta psicobiológica na presença de certos sinais ou estímulos. O nosso sistema de ameaça-defesa pode, portanto, ser carregado com memórias aversivas e de ameaça e com respostas condicionadas protetoras (Baldwin, 2005; Brewin, 2006; Gilbert, 2007c; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Perry et al., 1995). Se crescemos com o sentimento que os outros são hostis, ameaçadores e críticos, que não podemos confiar, e que a única saída protetora para a ameaça (rejeição ou criticismo) será o exercício do poder, dominância, perfeccionismo ou ainda fuga e submissão, é fácil não nos sentirmos aceites, conectados com os outros e seguros, em parte pela ausência de memórias emocionais interpessoais positivas acessíveis (Baldwin, 2005; Brewin, 2006). Quando ativadas estas memórias podem afetar a memória corporal e o sentido de autoidentidade e orientam o processamento atencional, emocional e cognitivo, determinando a ativação de estratégias e comportamentos defensivos (e.g., luta, fuga, submissão) (Gilbert, 2007c; Matos & Pinto-Gouveia, 2010). Compreende-se, então, que o *eu detestado* esteja associado aos sintomas depressivos (vivência involuntária de derrota e *entrapment*) e aos sintomas ansiosos (vivência de ameaça). Os resultados obtidos mostraram ainda um efeito direto da vergonha externa atual sobre o *eu inadequado* e *eu tranquilizador*. Estes dados sugerem, como esperado, que os indivíduos que acreditam existir na mente dos outros de forma desfavorecida e negativa (e.g., inferior, inadequado, inútil e mau) regulam a ativação

negativa associada a esta experiência do *eu* com um estilo de processamento autocrítico focado nos erros e em sentimentos de inferioridade e defeito do *eu* (autocriticismo), o que reforça a visão negativa de si mesmo e dos outros (Gilbert, 2002c, 2002d; Gilbert et al., 2004; Gilbert & Irons, 2006). A função deste processo defensivo (autocriticismo) consiste em obter segurança e proteção no mundo social (diminuir a rejeição social), focando os itens de inferioridade, comparação social, culpa e crítica ao *eu*, com a desativação da retaliação ou dominância do outro poderoso (Gilbert, 2005d; Gilbert & Irons, 2005, 2006; Gilbert & Miles, 2000). Nesse sentido, Gilbert (2003a) argumenta que o poder social e a confiança traduzem em parte a capacidade de tolerar o criticismo e a vergonha de um outro, e de negociar e defender o nosso autoesquema perante outros que podem definir-nos de forma diferente.

Em suma, os nossos resultados suportam a nossa previsão e ajudam a clarificar melhor a relação entre vergonha externa atual, autocriticismo e autotranquilização e psicopatologia depressiva e ansiosa. São dados que estão de acordo e suportam a literatura atual, reportando a forte associação entre a vergonha externa, autocriticismo e os indicadores de psicopatologia (Gilbert et al., 2004, 2005; Harman & Lee, 2009; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Pinto-Gouveia & Matos, 2010; Pinto-Gouveia et al., 2011; Rector et al, 2000; Teasdale & Cox, 2001; Whelton & Greenberg, 2005; Zuroff, Moskowitz, & Côté, 1999).

6. Implicações clínicas

O presente estudo focou-se no papel do autocriticismo e autotranquilização e da vergonha externa e no seu impacto para os sintomas psicopatológicos, especificamente para os sintomas depressivos e ansiosos. Os resultados encontrados corroboram as hipóteses anteriormente enunciadas, podendo ser entendidos como indicadores da existência de um efeito de mediação parcial do autocriticismo na relação entre vergonha externa atual e psicopatologia. Em termos globais, os resultados mostram que os indivíduos com elevada vergonha externa e com um elevado autocriticismo (incapazes de se autotranquilizarem) estão consequentemente mais vulneráveis a estados depressivos e a estados ansiosos. Mais ainda, o presente estudo ao reforçar o papel central do autocriticismo e da vergonha externa para os sintomas depressivos e ansiosos está de acordo com outros estudos e pesquisas recentes sobre os processos que contribuem para a psicopatologia.

Tendo por base estes resultados algumas implicações clínicas podem ser delineadas. A principal implicação clínica prende-se com a relevância e necessidade de avaliar e intervir ao nível da vergonha e fundamentalmente do autocriticismo. Ou seja, revela-se crucial a identificação de sentimentos e comportamentos relacionados com a experiência de vergonha, de pensamentos autocríticos e das emoções negativas associadas, e a sua posterior utilização na terapia. O Treino da Mente Compassiva baseia-se no modelo evolucionário e nas ciências neuropsicológicas e constitui-se como a abordagem terapêutica especificamente direcionada

para pessoas com elevado autocrítico e vergonha, cujos problemas tendem a ter um caráter crônico, e que provêm de ambientes difíceis e hostis. São pessoas que não possuem memórias interpessoais positivas de cuidado e afeto e, por isso, o seu sistema de regulação de afeto positivo de *soothing* e vinculação encontra-se subdesenvolvido (e menos acessível). Nestes indivíduos o ser autocompassivo constitui algo muito difícil, ameaçador e gerador de níveis elevados de ansiedade e *stress* (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert et al., 2006). Portanto, na intervenção terapêutica, o autocrítico e a vergonha devem ser itens centrais no processo de mudança, sendo que esta deve pressupor a aprendizagem de competências de autocompaixão essenciais para a regulação emocional de diferentes tipos de ameaça. A ideia central subjacente é que alguns indivíduos não tiveram oportunidade de desenvolver capacidades de compreensão das suas fontes de *stress* e sofrimento, de serem gentis, autocompassivos e calorosos perante o fracasso e desapontamento, reagindo com elevada sensibilidade à ameaça. O sistema de *soothing*, sendo o sistema em que a autocompaixão está incluída, constitui o sistema evoluído de regulação mais eficaz para lidar com ameaças (Depue & Morrongiue-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005b; Gilbert & Procter, 2006; Mayhew & Gilbert, 2008) e respetivos *outputs* defensivos derivados da ativação do sistema congruente (e.g., autocrítico, vergonha, ansiedade).

7. Limitações e futuras investigações

Apesar da natureza promissora destes resultados, as suas interpretações devem ser feitas tendo em consideração algumas limitações metodológicas. Uma das limitações relaciona-se com a natureza transversal do desenho experimental deste estudo. No futuro, seria interessante efetuar estudos de natureza prospetiva ou longitudinal que permitissem compreender melhor a relação causal entre as variáveis. Outra limitação prende-se com a amostra que, sendo pouco representativa, não permite a generalização dos resultados. Assim, deve replicar-se este estudo noutras amostras da população normal e fundamentalmente em amostras clínicas e nestas, em diferentes grupos clínicos.

Em suma, os resultados deste estudo clarificam a natureza da relação entre vergonha externa, autocrítico e sintomas depressivos e ansiosos, suportando empiricamente a nossa hipótese de que o autocrítico influencia o impacto da vergonha externa atual na depressão e na ansiedade. Na sua globalidade, os resultados obtidos destacaram o papel e natureza patogénica do autocrítico e a sua contribuição para os sintomas depressivos e ansiosos. Estes resultados reforçam ainda a importância da mudança destes processos, em contexto terapêutico, através da aprendizagem de competências de autocompaixão e de autotranquilização, pela estimulação de outro sistema de regulação de afeto – sistema de *soothing* e autocompaixão (Gilbert, 2005b, 2009a, 2009b, 2009e; Gilbert & Procter, 2006).



Capítulo 7

Sentir-se Seguro, Ativo ou com Medo? Importância do Sistema Tripartido de Regulação de Afeto: Sua relação com as Memórias Emocionais e com o Autocriticismo e Autocompaixão

Capítulo 7

Sentir-se Seguro, Ativo ou com Medo? Importância do Sistema Tripartido de Regulação de Afeto: Sua relação com as Memórias Emocionais e com o Autocriticismo e Autocompaixão

O estudo descrito neste capítulo foi realizado com o objetivo de analisar a contribuição dos três sistemas de regulação de afeto na relação interna do *eu* com o *eu*. Estudos empíricos recentes na área das neurociências revelaram a existência de três sistemas de regulação diferentes, mutuamente relacionados. O presente estudo explora, especificamente, o efeito desses sistemas de regulação de afeto e das memórias emocionais precoces no autocriticismo e na autocompaixão, numa amostra clínica.

*“Escrevi teu nome no vento
Convencida que o escrevia
Na folha do esquecimento
Que no vento se perdia
Ao vê-lo seguir envolto
Na poeira do caminho
Julguei meu coração solto
Dos elos do teu carinho
Em vez de ir longe levá-lo
Longe, onde o tempo o desfça
Fica contente a gritá-lo
Onde passa e a quem passa”*

Jorge Rosa [letra], Carminho [interpretação] (2009), faixa 1

1. Introdução

Existem estudos empíricos que ilustram a importância dos sistemas de afeto, em particular o afeto positivo e o afeto negativo, como duas dimensões distintas, na relação e ligação interpessoal e na psicopatologia. A maioria dos estudos acerca dessas dimensões centra-se na depressão e na sua heterogeneidade (Costello, 1993 citado por Power, 2004). O afeto negativo engloba emoções como a ansiedade, a raiva e a aversão/nojo, enquanto que o afeto positivo contém emoções como a alegria, a felicidade e a excitação. Uma série de estudos tem mostrado que existem diferentes reguladores para estes sistemas, sendo que o afeto negativo está associado a estímulos de ameaça, e o afeto positivo parece estar, particularmente, associado à ligação social, atividade, energia e vitalidade (Clark, 2000). É interessante notarmos que o sistema de afeto positivo foi submetido a uma extensa modificação evolucionária, e um exemplo disso mesmo é a função exercida pelo sistema de procura de recursos (*drive*) extraordinariamente importante nas relações sociais (sobretudo nas relações afiliativas), tornando os humanos numa espécie estruturalmente social e interativa (Gilbert, 1989; Power, 2004). Como apontado por Bowlby (1969, 1973), Panksepp (1998) e Gilbert (1989, 1993), as emoções positivas, tal como as emoções negativas, emergem e são reguladas em contextos sociais e não sociais. Nesse (1998) apoia também esta suposição, referindo que as emoções sociais positivas se associam a sinais de sucesso social (e.g., ser aceite, valorizado, desejado e amado). Assim, o afeto negativo fornece ao indivíduo informação acerca do perigo e da ameaça e o tipo de emoção (ansiedade e raiva) indica a resposta defensiva (e.g., luta e fuga); o afeto positivo faz parte do sistema de segurança (do inglês, *safeness*) (Gilbert, 1993, 2005c), da abordagem comportamental (Davidson, 2000) e do sistema de procura de recursos, controlando os níveis de energia e envolvimento social. As emoções positivas constroem e consolidam as relações com os outros e, inclusive, a relação do *eu* com o *eu* (Gilbert, 1989, 1993), aumentando os comportamentos pró-sociais e a segurança interpessoal. Percebe-se, então, a função do sistema de afeto positivo nas relações sociais, que é em parte ajudar o indivíduo a sentir-se seguro, a desligar a ameaça e a explorar o espaço social, num registo de partilha e de cuidado interpessoal (Gilbert, 1989, 1993, 2005d; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998; Porges, 2003, 2007).

1.1. Sistema Tripartido de Regulação de Afeto

O afeto é um fenómeno subjetivo complexo. As emoções refletem as nossas capacidades de experienciar subjetivamente estados do nosso sistema nervoso (Panksepp, 1998). Investigações recentes na área da neurofisiologia e das neurociências da emoção mostraram que existem três sistemas de regulação de afeto diferentes e interativos, a funcionar em homeostase. Isto significa que estes sistemas estão em permanente estado de correção. O ponto central da interdependência e reciprocidade dos três sistemas reside no facto de que ser

capaz de gostar das coisas e de sentir segurança não pressupõe apenas uma diminuição na atividade do sistema de ameaça, mas depende da existência de um determinado tipo de sinais e de afeto positivo. Cada um destes sistemas de regulação é assim responsivo a determinado tipo de sinais (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; LeDoux, 1998; Panksepp, 1998). Um desses sistemas de regulação de afeto positivo está ligado a padrões de realização e à procura de recursos, recompensas e sucessos, sendo por isso dopaminérgico (Panksepp, 1998). Este sistema ativa e entra em funcionamento quando o organismo está orientado comportamentalmente para procurar e obter recompensas ou atingir objetivos valorizados. Quando atinge os objetivos propostos o sistema de *drive* necessita de “ser desligado” para produzir relaxamento, quietude e contentamento. Estes sentimentos de alegria e contentamento estão relacionados com outro sistema de regulação de afeto positivo, mais especializado (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Este sistema comportamentalmente desativador implica o desligar da “procura e *drive*”, e gera emoções positivas (e.g., segurança, calor, aconchego). Vários estudos e autores referem que as neuro-hormonas envolvidas neste sistema são as relacionadas com o sistema de opiáceos (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998; Uväs-Morberg, 1998). Este sistema de contentamento tornou-se um sistema chave na regulação do afeto com a evolução da vinculação e da mentalidade de prestação de cuidados. A felicidade e o contentamento estão especialmente ligados à segurança (*safeness*) e dependem do “sentir-se seguro” (Gilbert, 2005b; Wang, 2005).

Uma das funções da vinculação nos mamíferos é acalmar e proteger o bebé, criando um estado de calma, contentamento, aconchego e segurança. É por isso que sinais e comportamentos como acariciar, abraçar, expressões faciais simpáticas, tom de voz caloroso constituem estímulos naturais evoluídos responsáveis pela ativação deste sistema, com efeitos de tranquilização e relaxamento (Mikulincer & Shaver, 2007; Schore, 1994, 2001; Uväs-Morberg, 1998; Wang, 2005) e de regulação cerebral. Percebe-se, então, como este sistema de afeto positivo desativa as emoções (e.g., raiva, ansiedade, tristeza) e comportamentos defensivos (e.g., agressão e fuga), assim como o modo de “fazer”, de procura, de atingir e de adquirir. Os sentimentos positivos de *soothing* (tranquilização) podem aparecer em parte por uma diminuição na regulação de afeto negativo (e.g., sentimentos de alívio) ou na fase imediatamente após o atingir de um objetivo valorizado (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Alguns estudos têm evidenciado e confirmado que o sistema de oxitocina/opiáceos funciona como um sistema de regulação de afeto, no sentido em que reúne diferentes emoções positivas, tais como o contentamento, o sentimento de segurança, o bem-estar e a felicidade. Para além disso, tem efeitos fisiológicos importantes no limiar da dor e no sistema imunológico (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Os indivíduos com baixo nível de oxitocina apresentam uma maior responsividade ao *stress*, o que traduz que é um sistema ligado particularmente ao *soothing*, quietude, sentimentos de conexão social e segurança (*safeness*) (Carter, 1998;

Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 1989, 1993, 2005b; Wang, 2005). Portanto, a natureza deste sistema de afeto positivo (*soothing*/afiliação) explica porque é regulado pelas relações sociais. Vários dados o comprovam. Um deles prende-se com a vinculação e com as primeiras experiências após o nascimento. O bebé nasce com dispositivos e sistemas cerebrais altamente responsivos aos sinais sociais na forma de tocar, acariciar, abraçar, no tom de voz, nas expressões faciais (Gehardt, 2004; Schore, 1994; Trevarthen & Aitken, 2001). Outro dado está relacionado com o facto destes sinais sociais funcionarem como reguladores da ativação de respostas emocionais, dos processos fisiológicos (e.g., hormonas de *stress* e sistema imunitário) e da maturação cerebral (Cacioppo, Berston, Sheridan, & McClintock, 2000; Schore, 1994). Davidson (2002) sugeriu que os indivíduos que são mais compassivos provavelmente manifestam também outros traços de afeto positivo. Num estudo experimental, o mesmo autor (Davidson, 2000) verificou que existe um padrão diferencial de ativação do córtex pré-frontal direito e esquerdo no decurso de estados emocionais negativos e positivos, com uma maior ativação relativa do lado pré-frontal esquerdo observada quando emergem certas emoções positivas e maior ativação do lado direito em relação às emoções negativas. Noutro estudo, Henriques & Davidson (1991) verificaram que os indivíduos clinicamente deprimidos apresentavam uma hipoativação do lado pré-frontal esquerdo comparativamente aos normais. Ainda em relação a estes correlatos autonómicos, Porges (1995, 1996, 1998) reforça a importância do sistema nervoso dos mamíferos, em particular o complexo vagal ventral, porque fornece o substrato neurofisiológico para as experiências emocionais e processos afetivos necessários à ligação social e ao sistema de preservação das espécies. O sistema simpático (luta ou fuga) ou parassimpático primitivos, filogeneticamente mais antigos, regulam os mecanismos fisiológicos relacionados com a ameaça e *stress*, sendo o complexo vagal ventral, de acordo com Porges (1995), o responsável pela regulação da maioria de comportamentos importantes na interação social (e.g., comportamentos que incluem olhar, ouvir, expressão facial, vocalização). Em síntese, nos primatas e especialmente nos humanos o poder das relações afiliativas interpessoais (com uma variedade de indivíduos) tem um impacto na fisiologia ao longo da vida (Cacioppo et al., 2000; Schore, 1994). A fisiologia da prestação de cuidados nas relações de proximidade envolve um número de sistemas cerebrais evoluídos e integrados como a oxitocina, a vasopressina, os opiáceos e vários outros sistemas (Nelson & Panksepp, 1998), centrais para o desenvolvimento da autocompaixão.

Por sua vez, o sistema de defesa-ameaça, ligado ao cérebro primitivo, tem a função de focar a atenção, de detetar e processar e de responder aos estímulos ameaçadores. Produz uma série de *outputs* defensivos e de proteção, desde cognições, comportamentos a emoções focados na ameaça (e.g., raiva, ansiedade, aversão; comportamentos de fuga, luta, submissão, congelamento). Este sistema é facilmente ativado porque a mente funciona com a regra “mais vale prevenir que remediar” (Gilbert, 1998b). As emoções básicas e tendências para a ação,

ligadas ao sistema de ameaça e de autoproteção, muitas vezes conflituam entre si, e os indivíduos podem sentir-se ameaçados ou com dificuldades em controlá-las (Gilbert, 2009c, 2009d), o que é gerador de sofrimento. Um dos *outputs* emocionais deste sistema é a emoção de vergonha. Esta emerge relativamente cedo no ciclo de vida (2º ano), é uma emoção poderosa e funciona como um mecanismo básico de controlo social (Schore, 1991, 1994). As mesmas interações face-a-face que estimulam as vias cerebrais da procura de recursos/objetivos e do contentamento e que facilitam o desenvolvimento cerebral nos primeiros anos de vida possuem, a partir desta etapa, informação relativa ao reconhecimento de aprovação ou desaprovação. Fisiologicamente, a vergonha representa uma transição rápida de um estado afetivo positivo para um estado afetivo negativo, e de dominância simpática para dominância parassimpática (Cozolino, 2002; Schore, 1994). Comportamentalmente, a vergonha implica gestos e ações como o baixar a cabeça, evitar o contato visual, encolher os ombros (postura submissa). Durante as primeiras experiências de socialização, a vergonha representa o reflexo emocional do medo da perda de ligação com o cuidador e, se repetido ou frequente, provoca desregulação fisiológica e impacto negativo no desenvolvimento das redes responsáveis pela regulação do afeto e vinculação, localizadas nas áreas pré-frontais médias e noutros circuitos do cérebro social (Schore, 1994). Os opiáceos endógenos, associados ao sistema de regulação de afeto positivo de *soothing*/vinculação, contribuem para a felicidade, bem-estar e conexão social (Uväs-Morberg, 1998; Wang, 2005).

1.2. *Soothing*, Memórias Emocionais e Autocriticismo

A partilha de afeto positivo entre os indivíduos estimula o sentimento de estar ligado, o afeto e o gostar. Para os humanos isto é crucial pela orientação tácita e evolucionária de estimular afeto positivo na mente dos outros. A criança que vê sinais de afeto nos olhos da mãe internaliza memórias emocionais do *eu* “como amado, valorizado e desejado” ligadas ao sistema de *soothing*/opiáceos. De facto, a experiência de ser gostado sinaliza a probabilidade de investimento por parte dos outros (Gilbert, 1989, 2002b). Pelo contrário, a criança que vê aversão, raiva ou rejeição no rosto da mãe recruta para o seu sistema de autoavaliação interno sentimentos de indesejabilidade e inferioridade, codificados no sistema de defesa-ameaça. Portanto, diferentes sinais e interações têm um impacto diferencial na maturação de modelos internos *eu*-outros, com diferentes implicações nos processos neurofisiológicos (Baldwin, 2005; Gilbert et al., 2006; Schore, 1994). Quando os pais ou outras figuras vinculativas não conseguem estimular segurança e validação emocional e, pelo contrário, ameaçam, subordinam ou envergonham, surgem dois tipos de consequências para a criança: a primeira prende-se com a subestimulação dos sistemas de calor e afeto positivo e articulação limitada dos esquemas interpessoais do *eu* e dos outros como cuidadores e tranquilizadores; e a segunda consequência relaciona-se com a ativação das vias cerebrais que medeiam os sistemas de

ameaça e defesa (e.g., comportamentos de defesa: raiva/luta, ansiedade/fuga, submissão/apaziguamento) (Perry et al., 1995). Neste contexto, a mentalidade de *ranking* social é a mentalidade mais adequada para lidar com contextos hostis, em que a criança está atenta ao poder dos outros, à sua agressividade, negligência ou abandono. O autocriticismo inscreve-se nesta mentalidade, revelando-se uma estratégia de autorregulação emocional defensiva, experienciada como poderosa, difícil de modificar e associada a emoções negativas. No Capítulo 5 abordou-se este ponto em particular e os resultados obtidos, em várias amostras não clínicas, revelaram que as experiências precoces na forma de criticismo e subordinação, abuso e frieza parental contribuem para o desenvolvimento do autocriticismo. Mostraram ainda que a via através da qual o autocriticismo emerge é operada pela internalização da experiência da vergonha. Por outro lado, o autocriticismo apresenta uma natureza multidimensional, com formas e funções e diferentes emoções associadas (Gilbert et al., 2004). O caráter patogénico e negativo do autocriticismo está associado a sentimentos de autodesprezo e aversão pelo *eu* por um lado, e à incapacidade de aceder a memórias dos outros como cuidadores e a fracas competências de autocompaixão, por outro lado (Gilbert, 2005b; Whelton & Greenberg, 2005). Tal como as relações externas de ameaça, os *inputs* internos ativam as mesmas vias cerebrais especializadas na deteção, decodificação e resposta à ameaça.

Com base nisto, fazia sentido perceber, numa amostra clínica, a importância da interação entre os sistemas de regulação de afeto positivo (*drive* e *soothing*) e de afeto negativo (defesa-ameaça) na sua relação com o autocriticismo e autocompaixão.

2. Objetivos

Como foi amplamente descrito e discutido no Capítulo 5, as experiências precoces caracterizadas por vinculações pobres, de ausência de cuidado, calor e *soothing* e/ou pautadas pela ameaça, hostilidade e criticismo por parte das figuras parentais revelaram-se especialmente importantes para o desenvolvimento do autocriticismo e da autocompaixão. Para o modelo de *ranking* social (Gilbert, 1989, 1998f, 2000c) o desenvolvimento dos três sistemas de regulação de afeto constituem um aspeto crucial a compreensão das suas assunções. Nesse sentido, pelo seu tipo e natureza, estas experiências desenvolvimentais encerram em si texturas emocionais negativas, ligadas ao sistema neurofisiológico de defesa-ameaça. São, de facto, experiências primariamente emocionais que ativarão afeto negativo ou positivo, consoante as interações com os cuidadores forem negativas, hostis, de crítica e humilhantes ou, pelo contrário, positivas, de suporte e aceitantes. A existência de afeto negativo ou positivo desencadeará a (re) avaliação e interpretação desses estímulos afetivos (na tentativa de dar um sentido) em termos de autocriticismo e autodesvalorização ou de autotranquilização e autocompaixão. Apesar de ter sido explorado o contributo das experiências precoces para o desenvolvimento do autocriticismo e autocompaixão, não foram testados os aspetos do

desenvolvimento emocional. Com base nisto e no estado da arte (teoria do *ranking* social e da neurociência social), o principal objetivo do estudo apresentado neste capítulo é o de explorar a relação entre memórias emocionais na infância (com uma valência negativa e positiva), *outputs* relacionados com os três sistemas de regulação de afeto e as formas do autocrítico e autotranquilização, numa amostra clínica mista. Escolhemos realizar este estudo numa amostra clínica por se considerar que a presença dos *outputs* afetivos ligados aos três sistemas de regulação emocional teriam um impacto mais significativo na regulação emocional, aspeto crucial e central na psicopatologia.

O primeiro objetivo prende-se com analisar a forma como determinadas experiências precoces se relacionam com os diferentes *outputs* relacionados com os três tipos de sistemas de regulação de afeto. Hipotetiza-se que as memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância estejam associadas apenas ao sistema de defesa-ameaça, avaliado pela vergonha externa (OAS), e a níveis mais baixos de afeto seguro e afeto ativo. Quanto aos estilos parentais percebidos na infância, espera-se que a recordação de atitudes parentais de carinho e zelo esteja associada a mais afeto positivo, quer ligado ao sistema de *drive* e procura de reforços e incentivos, quer ligado ao sistema de *soothing* e vinculação. Por sua vez, hipotetiza-se que a sobreproteção parental se relacione menos com sentimentos de segurança e calor e sentimentos de excitação e energia do que com afeto negativo (vergonha externa) ligado ao sistema de defesa-ameaça.

O segundo objetivo é explorar a relação dos *outputs* afetivos ligados aos dois sistemas de regulação de afeto positivo com as formas do autocrítico e autotranquilização. Espera-se que a autotranquilização esteja mais associada aos dois afetos positivos (ativo e seguro), em particular ao afeto seguro, ligado ao sistema de vinculação/*soothing*. No que concerne às formas negativas do autocrítico, hipotetiza-se que se associem a níveis mais baixos de sentimentos de segurança e excitação/vitalidade (ativo) e, por oposição, a níveis mais elevados de vergonha externa (sistema de defesa-ameaça).

Por fim, o terceiro objetivo deste estudo prende-se com testar um modelo de mediação em que se hipotetiza que a contribuição deste tipo de memórias emocionais na infância para o desenvolvimento do autocrítico e da autocompaixão é explicada pelo efeito dos três sistemas de regulação de afeto. Ou seja, espera-se que o afeto seguro medie a associação entre as memórias emocionais positivas, de carinho parental, e a autotranquilização e autocompaixão; e que, pelo contrário, a vergonha externa medie a relação entre as memórias emocionais negativas, de ameaça, subordinação e sobreproteção, e as formas negativas do autocrítico (*eu* inadequado e *eu* detestado).

No seu conjunto, este estudo explora a forma como as memórias emocionais de ameaça e subordinação e os estilos parentais de carinho e sobreproteção parental e os *outputs* afetivos dos três sistemas de regulação de afeto (ativo, seguro e vergonha) contribuem para o desenvolvimento do autocrítico e autocompaixão.

3. Método

3.1. Amostra

Para a realização deste estudo foi constituída uma amostra clínica de conveniência recolhida entre 2007 e 2010 em vários serviços de saúde mental da zona Norte e Centro do país e também em consultórios privados (psiquiatras e psicólogos clínicos). Foram definidos como critérios de exclusão a existência de patologia psicótica ou bipolar, a dependência de substâncias psicoativas, ou ainda a existência de défice cognitivo que impossibilite ou dificulte o correto preenchimento dos instrumentos de medida. A amostra final ficou constituída por 315 doentes, 62 do género masculino (19.68%) com uma idade média de 30.47 ($DP = 8.68$), e 253 do género feminino (80.31%), com uma média de idades de 28.34 ($DP = 8.69$). A média de idades do total da amostra é de 28.76 ($DP = 8.72$) e a média dos anos de escolaridade é de 14.04 ($DP = 3.29$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros na distribuição das variáveis idade, $t_{(313)} = 1.94$, $p = .053$, e anos de escolaridade, $t_{(313)} = 1.06$, $p = .292$. Na distribuição por estado civil predominam os indivíduos solteiros ($n = 228$; 72.4%), seguidos dos indivíduos casados ($n = 75$; 23.8%) e dos indivíduos divorciados ($n = 10$; 3.2%). Quanto ao nível socioeconómico, 124 indivíduos são estudantes (39.4%), 75 pertencem ao nível socioeconómico médio (23.8%), 65 pertencem ao nível socioeconómico baixo (20.6%) e, por fim, 51 pertencem ao nível socioeconómico elevado (16.2%). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros no estado civil, $\chi^2(4) = 1.25$, $p = .870$, e no nível socioeconómico, $\chi^2(4) = 4.64$, $p = .326$, respetivamente. Na Tabela 7.1 são apresentadas as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 7.1. Características sociodemográficas da amostra ($N = 315$)

	Total ($N = 315$)		Masculino ($n = 62$)		Feminino ($n = 253$)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idades	28.76	8.72	30.47	8.68	28.34	8.69
Anos de Escolaridade	14.04	3.29	14.26	3.13	13.98	3.34
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estado Civil						
Solteiro	228	72.4	45	72.6	183	72.3
Casado/ União de facto	75	23.8	15	24.2	60	23.7
Divorciado/ Separado	10	3.2	2	3.2	8	3.2
Viúvo	2	0.6	0	0	2	0.8
Nível Socioeconómico						
Baixo	65	20.6	15	24.2	50	19.8
Médio	75	23.8	13	21.0	62	24.5
Elevado	51	16.2	14	22.6	37	14.6
Estudantes	124	39.4	20	32.3	104	41.1

De seguida apresentam-se as prevalências das perturbações psicopatológicas presentes nesta amostra clínica. A Tabela 7.2. apresenta as frequências absolutas e relativas da distribuição das perturbações sintomáticas na amostra de 315 doentes (DSM-IV-TR, APA, 2002).

Da observação da Tabela 7.2., verifica-se que as perturbações do Eixo I mais frequentes são as Perturbações Alimentares ($n = 13$; 54.2%), seguidas das Perturbações de Humor ($n = 10$; 41.7%) em especial a Perturbação Depressiva Major ($n = 9$; 37.5%) e das Perturbações de Ansiedade ($n = 9$; 37.5%). No que concerne às perturbações do Eixo II, a perturbação mais frequente é a Perturbação da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, que constitui o principal diagnóstico do Eixo II para 47 (81%) dos doentes desta amostra, seguida da Perturbação Estado Limite (*Borderline*) ($n = 21$; 36.3%), da Perturbação Evitante ($n = 19$; 32.7%) e da Perturbação Paranoide ($n = 5$; 8.6%). Os diagnósticos foram efetuados de acordo com os critérios clínicos do DSM-IV-TR (APA, 2002).

Tabela 7.2. Prevalência das Perturbações do Eixo I e do Eixo II (DSM-IV-TR, APA 2002) na amostra clínica ($N = 315$)

	Eixo I ($n = 24$)		Eixo II ($n = 58$)		Comorbilidade Eixo I e Eixo II ($n = 233$)	
	n	%	n	%	n	%
Eixo I						
Perturbações de Ansiedade	9	37.5	-	-	141	60.5
Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico	0	0	-	-	0	0
Perturbação de Pânico com e sem Agorafobia	4	16.7	-	-	22	9.4
Fobia Social Generalizada	3	12.5	-	-	91	39.1
Fobia Social Simples	0	0	-	-	9	3.9
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	1	4.2	-	-	19	8.2
Perturbação Stress Pós-Traumático	1	4.2	-	-	0	0
Perturbações de Humor	10	41.7	-	-	132	56.7
Perturbação Depressiva Major	9	37.5	-	-	128	54.9
Distímia	1	4.2	-	-	4	1.7
Perturbações do Comportamento Alimentar	13	54.2	-	-	60	25.8
Anorexia Nervosa	6	25.0	-	-	26	11.2
Bulimia Nervosa	5	20.9	-	-	25	10.7
Perturbação Alimentar Sem Outra Especificação	2	8.4	-	-	9	3.8
Eixo II						
Evitante	-	-	19	32.7	142	61
Dependente	-	-	1	1.7	19	8.2
Obsessivo-Compulsivo	-	-	47	81	160	68.7
Passivo-Agressivo	-	-	7	12	9	3.9
Depressivo	-	-	1	1.7	97	41.6
Paranoide	-	-	5	8.6	19	8.2
Histrionica	-	-	1	1.7	2	.9
Narcísica	-	-	1	1.7	1	.4
Estado Limite	-	-	21	36.3	63	27.1

3.2. Instrumentos

Os sujeitos participantes neste estudo completaram uma bateria de medidas de autorrelato específicas que incluiu: a) Escala de Experiências de Vida na Infância (ELES; *The Early Life Experiences Scale*) para avaliação da recordação das experiências de ameaça e subordinação na infância; b) Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais (PBI; *Parental Bonding Instrument*), para avaliação dos estilos parentais percebidos na infância. No sentido de obter uma medida de carinho e de sobreproteção parental adicionaram-se os somatórios de cada subescala relativa a ambas figuras parentais; c) Escala de Tipos de Afeto Positivo (ETAP; *Activation and Safe/Content Affect Scale*), para avaliação das emoções ligadas aos dois sistemas de regulação de afeto positivo; d) Escala da Vergonha provocada pelos Outros (OAS; *Other as Shamer Scale*), para avaliação da vergonha externa; e e) Escala das Formas do Autocriti-

cismo e Autotranquilização (FSCRS; *Forms of Self-Criticizing and Self-Reassuring Scale*) para avaliação das formas do autocriticismo e autotranquilização. A caracterização das medidas é descrita, em detalhe, no Capítulo 3, no ponto 3.

3.3. Procedimento

Os doentes que participaram voluntariamente foram recrutados em diversos Serviços de Psiquiatria distribuídos por vários hospitais do País (zona Norte e Centro, fundamentalmente). Previamente ao preenchimento da bateria de instrumentos os doentes foram submetidos a uma reavaliação diagnóstica por um terapeuta experiente para confirmação e validação diagnóstica (descrição detalhada no Capítulo 3, ponto 2.1.). A bateria preenchida englobou um conjunto de instrumentos específicos para avaliar as memórias emocionais na infância, os afetos ligados aos diferentes sistemas de regulação e as formas do autocriticismo e autotranquilização. Agregada a esta bateria, os doentes tinham uma folha de rosto com os dados demográficos e uma descrição sumária dos objetivos do estudo. Os doentes foram igualmente informados das instruções de preenchimento tendo sido reforçada a importância do preenchimento correto das escalas e da confidencialidade das respostas. Todos os doentes assinaram o consentimento de participação na investigação.

3.4. Estratégia analítica

Similarmente a outros estudos, o presente estudo apresentou um desenho transversal. Para a comparação da média amostral de dois grupos independentes recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes. Os pressupostos exigidos para a aplicação deste teste estatístico foram devidamente analisados (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias). Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Howell, 2007; Maroco, 2010a).

As matrizes de correlação de Pearson foram realizadas para explorar as associações entre as variáveis predictoras (independentes), as variáveis resultado ou dependentes e os mediadores. As análises estatísticas supracitadas foram efetuadas com recurso ao *Software PASW (Predictive Analytics Software) Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

De seguida, realizou-se um estudo de mediação para testar os três sistemas de regulação de afeto como mediadores na relação entre as memórias emocionais na infância e as formas do autocriticismo e autotranquilização. Considera-se a existência de um efeito de mediação quando estão presentes três pressupostos: (a) a variável independente (preditora) (*X*) possui um efeito significativo sobre a variável critério (resultado) (*Y*); (b) existe uma relação significativa entre a variável preditora (*X*) e o mediador (*M*); e (c) a variável preditora (*X*) e a variável mediadora (*M*) são preditores da variável resultado (*Y*) (Maroco, 2010b). A mediação é expressivamente significativa quando o efeito direto da variável preditora no

resultado, sob a presença do mediador é nulo (Baron & Kenny, 1986; Maroco, 2010a; Preacher & Hayes, 2004). O efeito total de X sobre Y é estimado pela soma dos efeitos diretos e dos efeitos indiretos. A significância dos efeitos indiretos foi analisada com recurso ao método de reamostragem *Bootstrap* (cf. descrição detalhada no Capítulo 3). O procedimento gera uma aproximação empírica da distribuição amostral do efeito indireto (*caminho* $\alpha \times$ *caminho* β) e fornece também o respetivo I.C. (95%) (Preacher & Hayes, 2004, 2008). A interpretação dos dados do *bootstrapping* é realizada verificando, precisamente, se os I.C. 95% não contêm zero, o que traduz a existência de um efeito indireto ou de mediação. No diagrama de trajetórias hipotético proposto a recordação de experiências de ameaça e submissão na infância e os estilos parentais percebidos foram consideradas variáveis exógenas independentes, os afetos ligados aos sistemas de regulação de afeto variáveis endógenas mediadoras e as formas do autocriticismo e autotranquilização variáveis endógenas dependentes. Os procedimentos estatísticos foram efetuados com *Software Amos (Analysis of Moment Structures)* (versão 19; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

4. Resultados

4.1. Análise preliminar dos dados

Os pressupostos do teste t -Student para amostras independentes foram analisados no que respeita à normalidade das distribuições e à homogeneidade das variâncias populacionais. Com vista a analisar a normalidade das variáveis aplicou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov. Avaliou-se também o enviesamento em relação à média através da análise das medidas de assimetria e de achatamento. As variáveis em estudo não apresentaram uma distribuição normal (i.e., valores de SK e de Ku entre -5 e 5) (Kline, 1998). Procedeu-se ainda à análise dos *outliers* com o recurso à representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). Testou-se a multicolinearidade das variáveis independentes mediante o cálculo dos VIF. Não existiu evidência de multicolinearidade entre as variáveis (VIF < 5; Maroco, 2010b).

4.2. Estatística descritiva

As diferenças nas variáveis em estudo, no que respeita ao género, foram avaliadas com o recurso ao teste paramétrico t -Student para amostras independentes. Para esse efeito, calcularam-se os valores das médias e desvios-padrão para todas as variáveis em análise, bem como os valores da estatística t . Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo p -value fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010b). Na Tabela 7.3. são apresentadas as médias e desvios-padrão para o total da amostra, assim como os valores de consistência interna, e as diferenças entre o género.

Tabela 7.3. Médias e desvios-padrão para o total da amostra ($N = 315$) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo e valores de alfa de Cronbach

	Masculino ($n = 62$)		Feminino ($n = 253$)		t	p	α
	M	DP	M	DP			
ELES Total	2.70	.91	2.55	.79	-1.19	.236	.92
Carinho parental (PBI)	3.36	1.27	3.47	1.13	.56	.573	.91
Sobreproteção parental (PBI)	2.65	1.02	2.63	1.05	-.10	.917	.87
Ativo (ETAP)	1.96	.92	1.93	.76	-.25	.805	.90
Seguro (ETAP)	1.45	.86	1.59	.80	-1.15	.250	.77
Vergonha Externa (OAS)	1.76	.78	1.50	.82	-2.26	.025	.94
Eu Inadequado (FSCRS)	2.68	.90	2.35	.88	-2.50	.013	.93
Eu Detestado (FSCRS)	1.50	1.04	1.17	.93	-2.65	.009	.81
Eu Tranquilizador (FSCRS)	1.53	.87	1.89	.80	2.94	.003	.90

Nota. ELES Total = Escala de Experiências de Vida na Infância (total); PBI = Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais; ETAP = Escala de Tipos de Afeto Positivo; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização.

Da observação da Tabela 7.3. verifica-se que os dois grupos se diferenciam significativamente nas formas do autocriticismo e autotranquilização (FSCRS) e na vergonha externa (OAS). Especificamente na subescala *eu inadequado*, $t_{(313)} = -2.50$, $p = .013$, na subescala *eu detestado*, $t_{(313)} = -2.65$, $p = .009$, na subescala *eu tranquilizador*, $t_{(313)} = 2.94$, $p = .003$ e na *vergonha externa*, $t_{(313)} = -2.26$, $p = .025$. Assim, o género masculino apresentou pontuações médias mais elevadas no autocriticismo centrado em sentimentos de inferioridade e inadequação ($M = 2.68$; $DP = .90$), no autocriticismo focado em sentimentos de autodesprezo e repugnância pelo *eu* e no desejo de perseguir e atacar o *eu* ($M = 1.50$; $DP = 1.04$) e ainda na vergonha externa ($M = 1.76$; $DP = .78$), comparativamente ao género feminino ($M = 2.35$, $DP = .88$; $M = 1.17$, $DP = .93$; e $M = 1.50$, $DP = .82$, respetivamente). Em relação à subescala *eu tranquilizador* o género feminino apresentou valores médios mais elevados ($M = 1.89$; $DP = .80$) do que o género masculino ($M = 1.53$; $DP = .87$), o que sugere que as mulheres desta amostra são mais autocompassivas e autotranquilizadoras. Os valores de consistência interna obtidos para as medidas em estudo mostraram-se muito bons. Como existem estas diferenças no género, controlou-se o seu efeito numa análise de regressão hierárquica múltipla. Assim, o género foi colocado no primeiro passo da equação da regressão. Em todos os passos da análise da regressão o género não se revelou um preditor significativo, não alterando os resultados relativos às variáveis preditoras. Portanto, as análises estatísticas foram realizadas na amostra total.

4.3. Análises de correlação

De seguida são apresentados os resultados da relação entre as memórias emocionais de ameaça e subordinação na infância, os estilos parentais percebidos, os diferentes sistemas de regulação de afeto e as formas do autocriticismo e autotranquilização. Para o efeito realizaram-se matrizes de correlação de Pearson (cf. Tabela 7.4.).

Tabela 7.4. Correlações entre as memórias emocionais na infância (ELES e PBI), os sistemas regulação de afeto (ETAP e OAS) e as formas do autocriticismo e autotranquilização (FSCRS) (N = 315)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8
1.ELES Total								
2.Carinho parental (PBI)	-.67**							
3.Sobreproteção parental (PBI)	.45**	-.37**						
4.Ativo (ETAP)	-.13*	.10	-.15*					
5.Seguro (ETAP)	-.39**	.31**	-.17**	.53**				
6.Vergonha Externa (OAS)	.35**	-.18**	.27**	-.37**	-.43**			
7.Eu Inadequado (FSCRS)	.32**	-.15*	.30**	-.25**	-.39**	.61**		
8.Eu Detestado (FSCRS)	.38**	-.19**	.31**	-.38**	-.48**	.68**	.67**	
9.Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.24**	.15**	-.20**	.53**	.57**	-.53**	-.49**	-.66**

Nota. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. ELES Total = Escala de Experiências de Vida na Infância (total); PBI = Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais; ETAP = Escala de Tipos de Afeto Positivo; OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização.

Memórias emocionais na infância e sistemas de regulação de afeto

As correlações obtidas entre as seis variáveis são significativas e no sentido esperado da associação. As experiências de *ameaça* e *subordinação* na infância (ELES) apresentaram associações significativas com a subescala de afeto *ativo* (ETAP) ($r = -.13$; $p \leq .05$) e com a subescala de afeto *seguro* (ETAP) ($r = -.39$; $p \leq .01$), com magnitudes de correlação a variarem de muito baixas a moderadas. Destaca-se a correlação com o afeto *seguro*, mais expressiva, com níveis elevados de recordação de atitudes de ameaça e de subordinação por parte dos pais a corresponder a níveis mais baixos de afeto positivo de segurança, aconchego, calor e proteção. Por sua vez, o estilo parental *carinho* não se mostrou correlacionado com o afeto *ativo*, apenas com o afeto *seguro* ($r = .31$; $p \leq .01$), o que sugere que os indivíduos com recordações de atitudes de carinho, cuidado e de compreensão por parte dos pais apresentam mais sentimentos de segurança, calor e aconchego. As associações entre a subescala *sobreproteção parental* e o afeto *ativo* e afeto *seguro* mostraram-se significativas e negativas, mas de magnitude muito baixa, o que significa que a recordação deste tipo atitudes de controlo, sobreproteção e criticismo parental está associada a menor ativação de afeto positivo de *excitação* e *vitalidade* ($r = -.15$; $p \leq .05$) e *seguro/contentamento* ($r = -.17$; $p \leq .01$). Relativamente ao sistema de regulação de defesa-ameaça, as memórias emocionais de *ameaça* e *subordinação* na infância apresentaram um coeficiente de correlação positivo e significativo, de magnitude baixa, com a *vergonha externa* ($r = .35$; $p \leq .01$), sugerindo que níveis elevados de recordação de experiências de ameaça e de subordinação correspondem a níveis mais elevados de vergonha externa. A subescala *carinho parental* (PBI) mostrou-se negativamente associada com a *vergonha externa* ($r = -.18$; $p \leq .01$), e a subescala *sobreproteção parental* positivamente associada com a *vergonha externa* ($r = .27$; $p \leq .01$). Isto significa que quanto maior for a recordação de atitudes de carinho e afeto por parte dos pais menor a vergonha externa. O contrário acontece com a recordação de atitudes de sobreproteção parental no sentido em que níveis elevados de recordação deste tipo de atitudes estão associados a mais vergonha externa.

Três sistemas de regulação de afeto

O padrão de associações encontrado entre os afetos relacionados com os três sistemas de regulação de afeto mostrou-se estatisticamente significativo, e no sentido esperado da relação. As associações entre a *vergonha externa* (sistema de defesa-ameaça) e os dois afetos positivos revelaram-se estatisticamente significativas, com magnitudes de correlação que variaram de fracas a moderadas (afeto *ativo*, $r = -.37$; $p \leq .01$ e afeto *seguro*, $r = -.43$; $p \leq .01$, respetivamente). Estes resultados sugerem que níveis elevados de vergonha externa correspondem a níveis mais baixos de afeto positivos de excitação/vitalidade e de segurança/contentamento. Por sua vez, as subescalas afeto *seguro* e afeto *ativo* mostraram-se positiva e significativamente correlacionadas, com um coeficiente de correlação alto. Isto sugere que níveis elevados de excitação e energia correspondem a níveis elevados de sentimentos de segurança e calor.

Memórias emocionais na infância, Autocriticismo e Autocompaixão

Da observação da Tabela 7.4., verifica-se que as memórias emocionais de *ameaça* e *subordinação* na infância mostraram-se significativamente associadas, no sentido esperado da relação, com as formas do autocriticismo e autotranquilização. O coeficiente de correlação revelou-se mais expressivo com a subescala *eu detestado* ($r = .38$; $p \leq .01$). Estes resultados indicam que níveis elevados de recordação de ameaça e subordinação na infância correspondem a mais autocriticismo e, por oposição, a menos autotranquilização. No que diz respeito à subescala *carinho parental*, as associações com as formas do autocriticismo e autotranquilização revelaram-se significativas e de magnitude muito fraca (cf. Tabela 7.4.). A subescala *sobreproteção parental* apresentou correlações positivas e fracas com o *eu inadequado* ($r = .30$; $p \leq .01$) e *eu detestado* ($r = .31$; $p \leq .01$), sendo a correlação menos expressiva com o *eu tranquilizador* ($r = -.20$; $p \leq .01$).

Sistemas de regulação de afeto e Autocriticismo e Autocompaixão

As correlações apresentadas entre os afetos ligados aos três sistemas de regulação de afeto e as formas do autocriticismo e autotranquilização são todas estatisticamente significativas, e na direção esperada. Em relação ao afeto *ativo* (excitação), as correlações mostraram-se negativas e baixas com a subescala *eu inadequado* ($r = -.25$; $p \leq .01$) e com a subescala *eu detestado* ($r = -.38$; $p \leq .01$). O mesmo padrão se verifica para o afeto *seguro*, em que a grandeza das correlações é ligeiramente mais expressiva (cf. Tabela 7.4.). Ou seja, as correlações negativas são de grandeza moderada, sendo mais expressivas com o *eu detestado* ($r = -.48$; $p \leq .01$), evidenciando que níveis elevados de *eu detestado* correspondem a níveis mais baixos de sentimentos de segurança e de calor. Estes resultados sugerem que as formas negativas do autocriticismo pertencem a um sistema de regulação de afeto diferente, o sistema da defe-

sa-ameaça. A subescala *eu tranquilizador*, pelo contrário, apresentou associações positivas, altas e significativas com o afeto *ativo* e, sobretudo, com o afeto *seguro* ($r = .53$; $p \leq .01$ e $r = .57$; $p \leq .01$, respetivamente), o que sugere que a autotranquilização está relacionada com os dois sistemas de regulação de afeto positivos (*drive* e *soothing*/vinculação). As associações entre a *vergonha externa* e as formas do autocriticismo e autotranquilização revelaram-se significativas, positivas e de magnitude elevada. Uma análise mais detalhada permitiu verificar que a associação é mais expressiva com a subescala *eu detestado* ($r = .68$; $p \leq .01$), como esperado nesta amostra. Estes resultados sugerem que níveis elevados de vergonha externa correspondem a níveis mais elevados de autocriticismo, quer focado em sentimentos de inadequação e inferioridade, quer em sentimentos de autodesprezo, ódio e repugnância e no desejo de perseguir, atacar e punir o *eu*. São constructos ligados ao mesmo sistema de regulação de afeto, de defesa-ameaça. Pelo contrário, a associação entre a *vergonha externa* e o *eu tranquilizador* mostrou-se negativa e significativa, e de magnitude moderada ($r = -.53$; $p \leq .01$). Isto indica que quanto maior a vergonha externa menor a autotranquilização e auto-compaixão. Isto mostra que estes dois construtos pertencem a dois sistemas de regulação emocional diferentes.

4.4. Modelo explicativo do Autocriticismo e da Autocompaixão

Com base na investigação recente relativa à neurofisiologia do afeto positivo (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998), ao papel central das emoções no comportamento e funcionamento humano (Damásio, 2010; LeDoux, 1998; Panksepp, 1998) e em conjunto com os nossos resultados fazia sentido explorar, numa amostra clínica mista, o possível efeito mediador dos afetos relacionados com os três sistemas de regulação de afeto na relação entre as memórias emocionais precoces (de ameaça e subordinação e cuidado/sobreproteção) e o autocriticismo e a autotranquilização. Nesse sentido, foi testado um modelo causal das memórias emocionais de ameaça e subordinação e estilos parentais na infância sobre as formas do autocriticismo e da autotranquilização mediado pelo afeto seguro (sistema de *soothing*/vinculação) e afeto ativo (sistema de *drive*/procura de recursos) e pela vergonha externa (sistema de defesa-ameaça).

Para o efeito, optou-se pelo procedimento estatístico análise de trajetórias (*Path Analysis*) com vista a testar o efeito de mediação, considerado o melhor método para testar relações teóricas que pressupõem a estimação de relações causais hipotetizadas entre variáveis observadas. A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo Método da Máxima Verosimilhança. A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahanobis (DM^2). Nenhuma variável apresentou valores de assimetria (Sk) e de curtose (Ku) indicadores de violações severas à distribuição normal (i.e. $Sk < |3|$; $Ku < |10|$ (Kline, 1998). Foram identificadas algumas observações suscetíveis de

indicar observações *outliers*. As análises foram efetuadas com e sem a presença dessas observações, pelo que se decidiu da sua manutenção dado constituírem fonte de variabilidade de interesse para o fenómeno em estudo. A significância dos efeitos indiretos foi avaliada mediante reamostragem *Bootstrap*. A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, a saber: χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA, p [rmsea $\leq .05$] (Maroco, 2010a).

4.4.1. O efeito mediador dos três sistemas de regulação de afeto na relação entre as memórias emocionais precoces e o Autocriticismo e a Autocompaixão

Explorou-se de seguida o efeito de seis variáveis nas formas do autocriticismo e autotranquilização: memórias emocionais de ameaça e subordinação e estilos parentais durante a infância, afeto ativo, afeto seguro e vergonha externa. No diagrama de trajetórias proposto (cf. Figura 7.1.), as memórias emocionais de ameaça e de subordinação e os estilos de carinho e sobreproteção na infância são consideradas variáveis exógenas independentes, sendo a sua variabilidade determinada por variáveis não consideradas no modelo; os afetos positivos ativo e seguro e a vergonha externa são tidas como variáveis endógenas mediadoras e, finalmente, as formas do autocriticismo e autotranquilização consideradas variáveis endógenas dependentes. A intensidade da relação entre as variáveis é dada pelos coeficientes de trajetória (*path coefficients*), coeficientes estes que são estimados pelos coeficientes de regressão estandardizados, também designados por Betas (β) (Maroco, 2010a, pp. 649). Os ‘erros’ ou ‘resíduos’ das variáveis endógenas mediadoras (afetos positivos ativo e seguro e a vergonha externa) foram correlacionados entre si. A adequação global do modelo foi avaliada de acordo com os índices e respetivos valores de referência, a saber: χ^2/df , CFI, TLI e RMSEA, p [rmsea $\leq .05$] (Maroco, 2010a). Os pressupostos para esta análise foram testados através da utilização do *software* Amos (*Analysis of Moment Structures*) (versão 19; SPSS Inc, Chicado, IL, USA). A representação gráfica do modelo causal hipotético proposto está ilustrada na Figura 7.1.

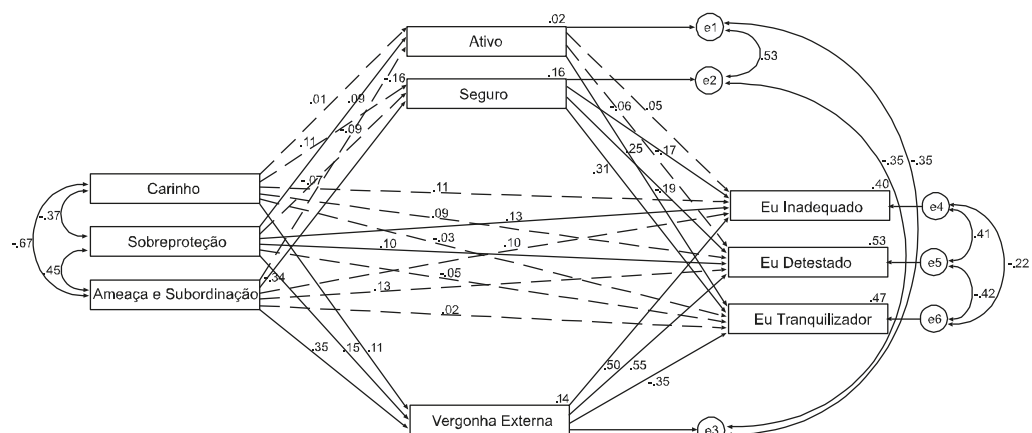


Figura 7.1. Impacto das memórias emocionais de ameaça/subordinação (ELES), dos estilos parentais (CECA.Q) e dos três sistemas de afeto (ETAP e OAS) no autocriticismo e na autotranquilização (FSCRS)

Mediante a análise das estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e da respetiva significância eliminaram-se determinadas trajetórias individualmente por não se revelarem significativas. Obteve-se um modelo mais parcimonioso. As trajetórias eliminadas foram as seguintes: o efeito do *carinho parental* sobre o afeto *ativo* ($b_{ativo.carinho} = .008$; $EP_b = .055$, $Z = .147$; $p = .883$; $\beta_{ativo.carinho} = .011$); da *sobreproteção parental* sobre o afeto *seguro* ($b_{seguro.sobreproteção} = .008$; $EP_b = .050$, $Z = .169$; $p = .866$; $\beta_{seguro.sobreproteção} = .010$); das memórias emocionais de *ameaça e subordinação* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.ELESTotal} = .021$; $EP_b = .061$, $Z = .340$; $p = .734$; $\beta_{eutranq.ELESTotal} = .021$); do *carinho parental* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.carinho} = -.030$; $EP_b = .033$, $Z = -.897$; $p = .370$; $\beta_{eutranq.carinho} = -.043$); da *sobreproteção* sobre o *eu tranquilizador* ($b_{eutranq.sobreproteção} = -.027$; $EP_b = .037$, $Z = -.727$; $p = .467$; $\beta_{eutranq.sobreproteção} = -.032$); do afeto *ativo* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.ativo} = .049$; $EP_b = .055$, $Z = .885$; $p = .376$; $\beta_{euinadeq.ativo} = .048$); das memórias emocionais de *ameaça e subordinação* sobre o afeto *ativo* ($b_{ativo.ELESTotal} = -.070$; $EP_b = .063$, $Z = -1.115$; $p = .265$; $\beta_{ativo.ELESTotal} = .070$); do *carinho parental* sobre o afeto *seguro* ($b_{seguro.carinho} = .067$; $EP_b = .042$, $Z = 1.618$; $p = .106$; $\beta_{seguro.carinho} = .100$); do *carinho parental* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetst.carinho} = .067$; $EP_b = .041$, $Z = 1.651$; $p = .099$; $\beta_{eudetst.carinho} = .081$); do *carinho parental* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.carinho} = .047$; $EP_b = .040$, $Z = 1.163$; $p = .245$; $\beta_{euinadeq.carinho} = .065$); das memórias emocionais de *ameaça e subordinação* sobre o *eu inadequado* ($b_{euinadeq.ELESTotal} = .051$; $EP_b = .053$, $Z = .964$; $p = .335$; $\beta_{euinadeq.ELESTotal} = .051$); do afeto *ativo* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetst.ativo} = -.094$; $EP_b = .051$, $Z = -1.838$; $p = .066$; $\beta_{eudetst.ativo} = -.082$) e das *memórias emocionais de ameaça e subordinação* sobre o *eu detestado* ($b_{eudetst.ELESTotal} = .080$; $EP_b = .047$, $Z = 1.682$; $p = .093$; $\beta_{eudetst.ELESTotal} = .069$). A Tabela 7.5. apresenta as estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo do autocrítico e da auto-compaixão.

Tabela 7.5. Estimativas estandardizadas dos coeficientes de trajetória e os respetivos níveis de significância no modelo da autocrítico e autotranquilização

		Estimativas	EP	Z	p
Vergonha Externa (OAS)	← Carinho Parental (PBI)	.142	.043	2.126	.034
Afeto Ativo (ETAP)	← Sobreproteção Parental (PBI)	-.143	.044	-2.836	.005
Afeto Seguro (ETAP)	← Memórias Ameaça e Submissão (ELES)	-.360	.045	-7.580	***
Vergonha Externa (OAS)	← Memórias Ameaça e Submissão (ELES)	.350	.063	4.968	***
Vergonha Externa (OAS)	← Sobreproteção Parental (PBI)	.163	.044	2.868	.004
Eu Inadequado (FSCRS)	← Afeto Seguro (ETAP)	-.149	.054	-3.007	.003
Eu Detestado (FSCRS)	← Afeto Seguro (ETAP)	-.227	.055	-5.101	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	← Afeto Ativo (ETAP)	.244	.045	5.308	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	← Afeto Seguro (ETAP)	.306	.053	5.973	***
Eu Inadequado (FSCRS)	← Vergonha Externa (OAS)	.511	.058	10.056	***
Eu Detestado (FSCRS)	← Vergonha Externa (OAS)	.554	.059	12.169	***
Eu Tranquilizador (FSCRS)	← Vergonha Externa (OAS)	-.314	.052	-6.591	***
Eu Inadequado (FSCRS)	← Sobreproteção Parental (PBI)	.127	.040	2.788	.005
Eu Detestado (FSCRS)	← Sobreproteção Parental (PBI)	.113	.038	2.947	.003

Nota. *** $p \leq .001$. OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros; ETAP = Escala de Tipos de Afeto Positivo; FSCRS = Escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização; PBI = Instrumento de Avaliação dos Estilos Parentais; ELES = Escala de Experiências de Vida na Infância.

O modelo final ajustado explica 52%, 46% e 40% da variabilidade do *eu detestado*, do *eu tranquilizador* e do *eu inadequado*, respetivamente. Testando os três sistemas de regulação de afeto, os resultados obtidos mostraram que as recordações de *ameaça* e *subordinação/submissão* na infância apresentaram um efeito total de .232 sobre o *eu inadequado*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].150; .316[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$, sendo o efeito indireto mediado pelo afeto *seguro* de .053 ($\beta = -.360 \times -.149$), o que mostra que os indivíduos com este tipo memórias infantis (*ameaça* e *submissão*) e com pouco afeto positivo de segurança e calor apresentam mais autocriticismo centrado em sentimentos de inadequação e inferioridade do *eu*. Este efeito indireto corresponde a 23% ($.053/.232 = .228$) do efeito total das memórias emocionais de *ameaça* e *subordinação/submissão* sobre o *eu inadequado*. Este tipo de recordação de experiências precoces apresentou também um efeito indireto sobre o *eu inadequado* mediado pela *vergonha externa* de .179 ($\beta = .350 \times .511$), representando 77% ($.179/.232 = .771$) do efeito total das memórias de *ameaça* e de *subordinação/submissão* sobre o *eu inadequado*. Isto sugere que este tipo de recordações na infância com as figuras parentais associada à vivência de existir na mente dos outros de forma negativa e desvalorizada aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento de um estilo autocrítico focado em sentimentos de inferioridade e inadequação. O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites].150; .316[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$.

O modelo obtido permitiu identificar um efeito total das memórias emocionais de *ameaça* e *subordinação* na infância sobre o *eu detestado* de .276, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites].181; .362[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito indireto mediado pelo afeto *seguro* é de .082 ($\beta = -.360 \times -.227$), correspondendo a 30% ($.082/.276 = .297$) do efeito total das memórias emocionais de *ameaça* e *subordinação/submissão* sobre o *eu detestado*. Isto sugere que a recordação de experiências de *ameaça* e *subordinação* na infância associada a menor afeto positivo de segurança e calor aumenta a vulnerabilidade para o autocriticismo na sua forma mais tóxica e negativa (*eu detestado*). Foi possível identificar também um efeito indireto deste tipo de experiências sobre o *eu detestado* mediado pela *vergonha externa* de .193 ($\beta = .350 \times .554$), correspondendo a 70% ($.193/.276 = .699$) do efeito total das memórias emocionais de *ameaça* e *subordinação/submissão* sobre o *eu detestado*. Isto indica que os indivíduos que se recordam deste tipo de experiências na infância e que têm vergonha externa apresentam mais sentimentos de desprezo e aversão pelo *eu* e cognições de ataque e de perseguição pelo *eu* (*eu detestado*). O teste da significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites].181; .362[, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. Por último, ainda em relação a este tipo de

memórias emocionais de *ameaça* e *subordinação*, estas experiências apresentaram um efeito total de $-.220$ sobre o *eu tranquilizador*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $[-.287; -.153]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito indireto das memórias emocionais de *ameaça* e *subordinação* na infância sobre o *eu tranquilizador* mediado pelo afeto *seguro* é de $.110$ ($\beta = -.360 \times .306$), correspondendo a 50% ($.110/-.220 = .50$) do efeito total das memórias emocionais de *ameaça* e *subordinação/submissão* sobre o *eu tranquilizador*. Isto sugere que os indivíduos que se recordam de se sentirem ameaçados e subordinados pelas figuras parentais e que têm menor afeto positivo de segurança e calor apresentam menor autotranquilização e autocompaixão. As memórias de *ameaça* e *subordinação/submissão* apresentaram ainda um efeito indireto sobre o *eu tranquilizador* mediado pela *vergonha externa* de $.110$ ($\beta = .350 \times .314$). Este efeito representa 50% ($.110/-.220 = .50$) do efeito total das memórias emocionais de *ameaça* e *subordinação/submissão* sobre o *eu tranquilizador*. A significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuada mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites $[-.287; -.153]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$.

No que concerne às memórias de atitudes de *sobreproteção parental*, estas apresentaram um efeito total de $-.086$ sobre o *eu tranquilizador*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $[-.140; -.041]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$, sendo o efeito indireto da *sobreproteção parental* sobre o *eu tranquilizador* mediado pelo afeto *ativo* de $.035$ ($\beta = -.143 \times .244$), representando 41% ($.035/-.086 = .406$) do efeito total da recordação de um estilo de sobreproteção e controlo parental sobre o *eu tranquilizador*. Este resultado sugere que os indivíduos que se recordam de atitudes de sobreproteção, criticismo e controlo por parte dos pais e que têm menos afeto positivo de energia e excitação ligada à procura de incentivos e recompensas apresentam menos autotranquilização e autocompaixão. O modelo identificou ainda um efeito indireto mediado pela *vergonha externa* de $.051$ ($\beta = .163 \times .314$), representando 59% ($.051/-.086 = .593$) do efeito total da sobreproteção parental sobre o *eu tranquilizador*, o que mostra que a existência deste tipo de atitudes parentais associada à vergonha externa tende a dificultar o desenvolvimento da autotranquilização e autocompaixão. A significância estatística destes efeitos indiretos foi efetuada mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites $[-.140; -.041]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. Ainda em relação à sobreproteção parental o modelo permitiu identificar um efeito total de $.210$ sobre o *eu inadequado*, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].113; .313]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$, sendo o efeito direto de $\beta = .127$, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].042; .223]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .003$. Estas experiências parentais na infância apresentaram também um efeito indireto sobre o *eu*

inadequado mediado pela *vergonha externa* de .083 ($\beta = .163 \times .511$), representando 40% ($.083/.210 = .395$). Isto significa que a recordação de atitudes intrusivas e de sobreproteção por parte dos pais associadas a vergonha externa contribuem para o desenvolvimento do autocriticismo no formato de inadequação do *eu*. O teste da significância estatística deste efeito indireto foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].027; .146[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .003$. A *sobreproteção parental* apresentou também um efeito total .203, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].104; .292[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .001$. O efeito direto é de $\beta = .113$, com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].031; .188[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .008$, e o efeito indireto da *sobreproteção parental* sobre o *eu detestado* mediado pela *vergonha externa* é de .090 ($\beta = .163 \times .554$). Este efeito indireto corresponde a 44% ($.090/.203 = .443$) do efeito total da recordação de atitudes de *sobreproteção* parental na infância sobre o *eu detestado*. Mais uma vez, os indivíduos que se recordam de atitudes de controlo, criticismo e sobreproteção por parte das figuras parentais e têm vergonha externa apresentam mais autocriticismo focado em sentimentos de ódio e aversão pelo *eu* e no desejo de perseguir e punir o *eu*. A significância estatística deste efeito indireto foi efetuado mediante reamostragem *Bootstrap* enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].028; .154[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .004$. Para finalizar o modelo permitiu ainda identificar um efeito direto entre a recordação de atitudes de carinho parental e a vergonha externa de $\beta = .142$, com significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].009; .271[$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p = .038$. O modelo final obtido apresentou índices de qualidade de ajustamento que revelaram uma adequação muito boa ($\chi^2/df = 17.110$, $p = .194$; CFI = .996; TLI = .990; RMSEA = .033; $p [rmsea \leq .05]$). O modelo final é apresentado na Figura 7.2.

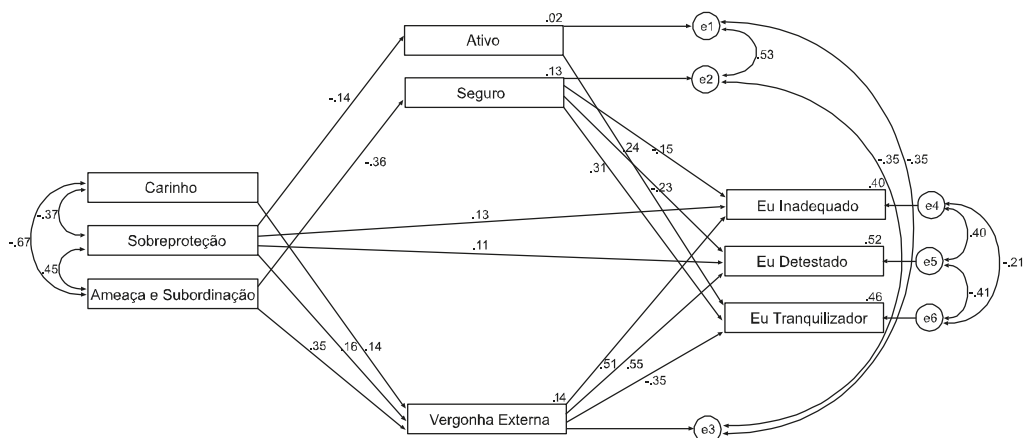


Figura 7.2. Modelo final de mediação dos três sistemas de regulação do afeto (ETAP e OAS) sobre as formas do autocriticismo/autotranquilização (FSCRS)

5. Discussão

Estudos neurofisiológicos recentes sugerem que o afeto positivo não é uma dimensão unitária, nem traduz um sistema neurofisiológico *per si* (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Em vez disso, existem diferentes tipos de afeto positivo que evoluíram com diferentes funções, tais como: sinalizar a recompensa ou reforço e a segurança (do inglês, *safeness*) (Gilbert, 1989; Gilbert et al., 2008). Por outro lado, experiências de *soothing*, de afeto e cuidado estimulam a oxitocina e as endorfinas, sistema responsável pela emergência de sentimentos de contentamento, felicidade e segurança, com uma função importante na redução da ameaça, do sofrimento e da ativação (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Panskepp, 1998). O autocriticismo, no modelo evolucionário e das mentalidades sociais, corresponde a um estímulo interno que atua como se fosse um estímulo social real ameaçador. Por ser um processo pensamento-emoção defensivo gera *outputs* emocionais e comportamentais de proteção e defesa (e.g., raiva, ansiedade, aversão, submissão passiva). Paradoxalmente, aumenta o sentido e a vivência interna de ameaça, constituindo um fator importante de vulnerabilidade para a psicopatologia (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert, 1998a, 1998f, 2002a; Gilbert et al., 2004; Gilbert & Procter, 2006; Zuroff et al., 1994).

Tendo em consideração os dados acima apontados e os resultados obtidos e descritos nos capítulos anteriores, no presente estudo explorou-se a contribuição de determinadas memórias emocionais na infância e dos *outputs* ligados aos três sistemas de regulação de afeto para o desenvolvimento do autocriticismo e da autocompaixão. Em primeiro lugar analisaram-se as diferenças entre o gênero, nas variáveis em estudo. Para o efeito, realizaram-se testes *t*-Student. Os resultados obtidos mostraram que os homens se diferenciaram das mulheres nas formas negativas do autocriticismo (*eu inadequado* e *eu detestado*) e na vergonha externa, com pontuações médias mais elevadas, à exceção do *eu tranquilizador* com as mulheres a revelarem as pontuações mais elevadas. Uma explicação possível para este dado poderá estar relacionada com a diferença expressiva no *n* da amostra referente ao gênero. A literatura tem apontado resultados contrários, sugerindo que as mulheres tendem a ser mais autocríticas e mais ruminativas em relação aos seus sentimentos negativos do que os homens (Leadbeater et al., 1999; Nolen-Hoeksema et al., 1999), o que explica a elevada incidência de depressão entre as mulheres (Nolen-Hoeksema, 1987). Relativamente à autocompaixão, outros estudos também mostraram que o gênero feminino apresenta mais dificuldades na autotranquilização e autocompaixão (Neff, 2003a). Com efeito, será interessante, em estudos futuros, explorar mais aprofundadamente o papel do gênero nestas variáveis.

De seguida, com o propósito de estudar a relação entre os *outputs* afetivos dos três sistemas de regulação de afeto, as memórias emocionais precoces e as formas do autocriticismo e autocompaixão realizaram-se matrizes de correlação de Pearson. O estudo correlacional corroborou as hipóteses previamente elaboradas. Os dados obtidos mostraram que as memó-

rias emocionais de atitudes de carinho parental estão associadas ao sentimento de segurança e calor, ligado ao sistema de regulação de *soothing*/afiliação (Gilbert, 1989, 1993; Mikulincer & Shaver, 2005; Wang, 2005). As experiências emocionais de ameaça e subordinação (ELES) e de sobreproteção parental (PBI) mostraram-se negativamente associadas ao afeto positivo (ativo e seguro), como seria de esperar. Pelo contrário, estas experiências pautadas por criticismo parental, controlo e subordinação involuntária na infância apresentaram uma associação significativa com o sistema de regulação ameaça-defesa, avaliado pela vergonha externa (OAS). Este resultado é similar a outros obtidos noutros estudos (cf. Capítulo 5) (Castilho et al., 2012; Irons et al., 2006), em diferentes populações. Relativamente aos *outputs* dos três sistemas de regulação de afeto, as correlações obtidas foram significativas e no sentido da relação. Os dados sugerem, como esperado, que o sistema de defesa-ameaça é diferente dos outros dois sistemas de regulação de afeto, em que níveis elevados de ameaça provocam uma diminuição nos níveis de afeto positivo (ativo e seguro). Por sua vez, o afeto *seguro* e o afeto *ativo* mostraram-se positiva e significativamente correlacionados, o que significa nesta amostra que níveis elevados de excitação e energia correspondem a níveis elevados de sentimentos de segurança e calor. Estes dados corroboram a literatura que demonstrou que os três sistemas funcionam de forma interativa e interdependente (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998; Uväs-Morberg, 1998), em que sentimentos de segurança, paz, bem-estar e contentamento são especialmente importantes para a regulação da ameaça e da procura/*drive* (Gilbert, 2005d, 2009b). No que concerne à relação entre o sistema tripartido de regulação de afeto e as formas do autocríticismo e autotranquilização, os resultados encontrados mostraram que os sentimentos positivos de excitação/energia e de segurança implicam menos autocríticismo, quer no formato de inadequação do *eu*, quer no formato mais tóxico e patogénico. Pelo contrário, a capacidade de autotranquilização quando as coisas correm mal mostrou-se associada aos dois aspetos do afeto positivo, em particular com o afeto seguro. Isto sugere, provavelmente, que pertencem ao mesmo sistema, o de *soothing*/vinculação e afiliação (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005b). A associação entre o sistema de defesa-ameaça, avaliado pela vergonha externa, e o autocríticismo e autotranquilização, no sentido esperado da relação, corrobora outros resultados obtidos, reforçando a ideia que são construtos ligados ao mesmo sistema de regulação de afeto, o da defesa-ameaça (Gilbert, 1989, 1993, 2000c).

Partindo dos resultados dos estudos anteriores em amostras não clínicas (cf. Capítulo 5), e dos dados da literatura (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998), hipotizou-se que a contribuição das experiências precoces para o autocríticismo e autocompaixão seria mediada pelos *outputs* afetivos ligados aos três sistemas de regulação de afeto. No seu conjunto os resultados encontrados, com o recurso a análise de trajetórias (*Path Analysis*), confirmaram as hipóteses formuladas. O modelo testado explicou 52%, 46% e 40% da

variabilidade do *eu detestado*, do *eu tranquilizador* e do *eu inadequado*. Os resultados obtidos mostraram que face a recordações de experiências de ameaça e de subordinação na infância os indivíduos com menos sentimentos positivos de segurança, calor e aconchego são mais autocríticos, sobretudo com sentimentos de repugnância e ódio pelo *eu* e desejo de atacar e perseguir o *eu*. Por sua vez, em relação ao *eu tranquilizador* verificou-se que o afeto seguro funciona como uma variável mediadora, ou seja, os indivíduos que se recordam dos seus pais como ameaçadores e subjugadores na infância e que têm menos afeto positivo seguro apresentam menos autotranquilização e autocompaixão. Por oposição, os resultados mostraram ainda que a vergonha externa media a relação entre as memórias emocionais de ameaça e subordinação e as formas do autocriticismo e autotranquilização. Isto sugere que os indivíduos com recordações deste tipo e que acreditam que os outros os veem de forma negativa e desvalorizada são mais autocríticos (sobretudo, no formato de *eu detestado*) e menos autocompassivos. Considera-se importante destacar que quando as experiências na infância com os cuidadores são desta natureza, funcionam como sinais ativadores do sistema de ameaça-defesa (e respetivos *outputs* defensivos, emoções, comportamentos e cognições), desligando ou diminuindo os níveis de afeto positivo seguro.

Os resultados permitiram identificar em relação às memórias de atitudes de controlo, criticismo e sobreproteção por parte dos pais um efeito indireto desta experiência no *eu tranquilizador* mediado pelo afeto ativo. Isto sugere que o impacto deste tipo de experiências negativas para as dificuldades no desenvolvimento de competências autocompassivas passa pela ausência de sentimentos de excitação e energia, ligados ao sistema de *drive*/procura de recursos e objetivos. A explicação possível para este resultado poderá estar relacionada com a natureza deste estilo parental que se caracteriza por elevada intrusão, criticismo e expectativas elevadas de realização e desempenho que ao desencadear afeto negativo (ansiedade, raiva e vergonha) desliga, homeostaticamente, os sistemas de afeto positivo, em particular o sistema dopaminérgico, relacionado com a procura de incentivos e realização. A ausência de emoções positivas (e.g., excitação, alegria do sucesso) desativa o aparecimento de emoções de contentamento, de reforço e de quietude normais após o atingir de objetivos valorizados. Por outro lado, o modelo identificou também um efeito indireto da sobreproteção parental na autotranquilização mediado pela vergonha externa, sugerindo que a recordação de atitudes e comportamentos de sobreproteção, controlo e criticismo por parte das figuras parentais associadas a vergonha externa dificultam o desenvolvimento de competências de autotranquilização e autocompaixão. Como esperado, a vergonha externa mediou parcialmente a relação entre este tipo de estilo parental negativo e as formas negativas do autocriticismo, sugerindo que os estilos parentais percebidos pautados por controlo excessivo e intrusivo, perda de autonomia e criticismo exercem um efeito independente, que associado ao afeto negativo, por ativação do sistema de defesa-ameaça, aumenta a vulnerabilidade para o desen-

volvimento desta experiência do *eu* interna negativa. Em relação às memórias positivas de carinho, de cuidado e zelo por parte das figuras parentais os resultados obtidos não foram os esperados. Os dados indicam que o carinho parental parece não exercer qualquer influência no afeto positivo. Uma possível explicação para este resultado poderá estar relacionada com o facto de ser uma amostra clínica com poucas experiências de carinho e cuidado por parte das figuras de vinculação. A corroborar esta hipótese explicativa, pela comparação das médias obtidas na amostra não clínica ($M = 4.37$) (Capítulo 5 ponto 4.3.2.) e na amostra clínica ($M = 3.38$) percebe-se que os doentes relataram menos experiências positivas de carinho parental comparativamente aos indivíduos da população não clínica. Por outro lado, o modelo da análise de trajetórias revelou ainda um efeito positivo significativo entre o carinho parental e a vergonha externa, com uma valência não esperada. O estudo correlacional revelou a existência de uma relação negativa significativa de magnitude fraca entre o carinho parental e a vergonha externa, como expectável. De acordo com isto, o facto da trajetória na *path analysis* apresentar um sentido positivo entre estas duas variáveis poderá ser um artefacto estatístico devido à variância partilhada com as outras medidas relativas às memórias emocionais na infância.

Em suma, os resultados obtidos no presente estudo corroboraram a maioria das hipóteses formuladas. Este constitui-se como um estudo inovador pelas variáveis incluídas e objetivos propostos, mas também por ter sido realizado numa amostra clínica alargada mista (com vários quadros psicopatológicos). Mais ainda, são resultados de teor clínico relevante. Para além de clarificarem as vias pelas quais se processa o desenvolvimento da mente autocrítica *versus* mente autocompassiva através da influência dos sistemas de regulação afeto, acrescentam dados ao estado da arte. Isto é, este estudo ao testar o modelo dos sistemas de regulação de afeto positivo de Depue e Morrone-Strupinsky (2005) e do *rank* social (Gilbert, 2000d, 2005d) contribuiu para o aprofundamento do conhecimento acerca da natureza da regulação do afeto positivo e das suas implicações para a formação das experiências autoavaliativas. De facto, os nossos resultados mostraram que as experiências precoces negativas funcionam como sinais ativadores de afeto negativo (ansiedade, raiva, aversão, vergonha), acionando a intervenção do sistema de defesa-ameaça. Isto porque, conscientemente ou inconscientemente, são experiências de textura emocional que ao tornarem-se memórias emocionais condicionadas sobre-estimulam as vias relacionadas com os padrões psicobiológicos de defesa, formando-se um círculo vicioso (i.e., afeto negativo, ativa as memórias emocionais negativas que, por sua vez, provocam mais afeto negativo). Assim, este afeto negativo associado à ausência de memórias de calor e afeto por parte dos outros e a crenças que estes são hostis, críticos, dominantes e rejeitadores contribuirá para a internalização desse *script* na autorrelação interna. Dito de outra forma, a existência de *outputs* emocionais negativos leva ao aparecimento de estilos de processamento críticos focados na inadequação, comparação e inferioridade ou em cognições de ataque e assédio hostil interno e em sentimentos de autoa-

versão e repugnância pelo *eu*. O autocrítico por estar enraizado em rotinas automáticas de defesa-ameaça bloqueia o aparecimento de afeto positivo, constituindo a melhor estratégia defensiva para lidar com ambientes sociais de ameaça e hostilidade. E é exatamente a diminuição de afeto positivo (sentimentos de segurança e calor) que associada a experiências precoces negativas facilita o desenvolvimento do autocrítico. Por outro lado, a existência de menor afeto positivo leva ainda a dificuldades no desenvolvimento da autotranquilização e autocompaixão, pelo que se infere que estas competências estão relacionadas com o sistema de regulação de afeto positivo de *soothing*/afiliação e com emoções positivas de contentamento, quietude e felicidade. Sendo uma amostra clínica, os dados obtidos reforçam ainda a ideia empiricamente validada que a psicopatologia está relacionada com dificuldades em lidar com as estratégias defensivas (“ficamos presos nas estratégias e comportamentos defensivos”), com o afeto negativo (Gilbert, 1992a, 1992b, 1992c, 2006a, 2006b; Power, 2004; Watson et al., 1995), e com uma diminuição no afeto positivo. Os estados psicopatológicos e os seus padrões de resposta psicobiológica estão ligados às estratégias de proteção inatas que evoluíram para lidar com a perda de controlo sobre os recursos sociais, o desligamento e isolamento social ou o fracasso. Portanto, diferentes sinais sociais ativam diferentes sistemas cerebrais e fisiológicos (e.g., sinais de afeto ativam a oxitocina, enquanto que sinais de agressão e ameaça ativam *stress*-cortisol) (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Mayhews & Gilbert, 2008; Rockliff et al., 2011). As dificuldades em aceder ao sistema de segurança social (afiliativa) e contentamento são consideradas fatores de vulnerabilidade transdiagnóstica para um número considerável de problemas psicológicos (Gilbert, 2000c, 2005c; Gilbert et al., 2009). Nesse sentido, os resultados obtidos têm implicações para a prática clínica. Um maior conhecimento e aprofundamento do papel e das funções dos diferentes tipos de afeto positivo poderão trazer benefícios para a intervenção terapêutica. Na mesma linha vários estudos recentes mostraram que a inclusão do afeto positivo nos protocolos terapêuticos pode ser significativamente benéfica (Gilbert & Procter, 2006; Mayhew & Gilbert, 2008). Acresce ainda explicitar que os nossos resultados relativos ao autocrítico são interessantes e pertinentes na medida em que poderão dar pistas úteis para a sua compreensão e mudança. É amplamente reconhecido que a existência de autocrítico influencia negativamente os resultados terapêuticos (Rector et al., 2000). No mesmo sentido, outros estudos relevaram que a prática da compaixão pode ajudar os indivíduos autocríticos quando estes são instruídos e orientados em determinados exercícios compassivos (Kelly et al., 2009; Gilbert & Procter, 2006).

6. Implicações clínicas

Nós, os humanos, possuímos um cérebro e uma mente complexos com sistemas integrados evoluídos especializados na regulação emocional, que funcionam em mútua interdependência. O desenvolvimento do sistema nervoso autónomo, os contextos hormonais

apropriados e as estruturas cerebrais específicas fornecem os alicerces para a formação dos sistemas de preservação do *eu* e da espécie. Temos um cérebro filogeneticamente mais antigo responsável pela autodefesa e proteção, focando-se na defesa do organismo contra a ameaça e na procura de recursos necessários à sobrevivência (e.g., alimento, abrigo, posse de território). Baseia-se no sentido do *eu-outros* e desenvolveu-se cedo na história evolutiva. Também como resultado do processo evolutivo, e temporalmente mais recente, o sistema de preservação da espécie foca-se na consciência da nossa interconectividade aos outros. Existe, neste novo sistema, mais pró-social, uma preocupação com o bem-estar e com as necessidades dos outros. Começa especificamente com a criança, nas interações interpessoais precoces. Neste contexto, a compaixão emerge no sentido de preservação da espécie e dos sistemas de ligação social (afiliação, vinculação, familiaridade aos outros) (Wang, 2005). A evolução deste comportamento afiliativo requer a existência de mudanças significativas na organização de comportamentos de luta-fuga básicos, porque a afiliação não pode ocorrer se os indivíduos tiverem medo dos outros, se fugirem destes ou se lutarem contra eles. O mesmo acontece na relação do *eu* com o *eu*, em que se torna difícil ter uma orientação calorosa, aceitante e reforçadora quando existe afeto negativo e agressão, hostilidade, crítica ou até aversão interna pelo *eu*. O comportamento afiliativo envolve a capacidade de desativar o processamento de ameaça e, ao mesmo tempo, estimular afeto positivo e comportamentos pró-sociais.

Pelo exposto e com base nos resultados encontrados percebe-se a importância que o treino da mente compassiva se reveste para os indivíduos com histórias de abuso, negligência, criticismo, ausência de calor e com níveis elevados de vergonha e autocríticismo. A Terapia Focada na Compaixão apresenta como principal objetivo desenvolver competências de autocompaixão e de autotranquilização como estratégias antidotas para lidar com o processamento de ameaça. Estudos recentes mostraram que estes indivíduos provenientes de ambientes traumáticos se sentem ameaçados e assustados com sentimentos de calor, cuidado e tranquilização (e inclusive com gestos dos outros compassivos e de empatia), o que evidencia que não conseguem aceder ao sistema de afeto positivo de *soothing* no seu processamento interno do *eu* com o *eu* (Gilbert, 1992c, 1997a, 2000c; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert et al., 2006; Kelly et al., 2009; Lee, 2005; Whelton & Greenberg, 2005; Zuroff, 1992), pelo que a estimulação de uma via diferente, de afeto positivo, será a saída.

7. Limitações e futuras investigações

O presente estudo apresenta algumas limitações. Uma delas prende-se com a sua natureza transversal. Outra limitação relaciona-se com as medidas de autorresposta usadas, no sentido em que não se utilizou nenhum instrumento que avaliasse memórias de calor e afeto na infância. Será importante a sua inclusão em estudos próximos para se investigar a relação entre memórias emocionais positivas, afeto positivo e autocompaixão. Outra limitação ainda

tem a ver com a amostra, devendo ser alargada a indivíduos do género masculino de forma a investigar o que de facto diferencia os dois géneros, relativamente aos construtos em estudo. Reveste-se de crucial importância replicar este estudo em populações clínicas mais sintomáticas. Por último, e apesar dos resultados serem promissores, futuras investigações devem englobar diferenças individuais, como por exemplo o temperamento e o grau de abuso e negligência experienciado na infância.



Capítulo 8

Perturbação Estado Limite da Personalidade: O papel do autocrítica e da autocompaixão nos sintomas *borderline*

Capítulo 8

Perturbação Estado Limite da Personalidade: O papel do autocrítica e da autocompaixão nos sintomas *borderline*

Este capítulo apresenta estudos realizados numa amostra de doentes com Perturbação *Borderline* da Personalidade, com os quais se pretende testar a Teoria das Mentalidade Sociais e o Modelo do *Ranking* Social. Apresenta-se uma sintética descrição do quadro psicopatológico e seus principais sintomas. Explora-se a contribuição das experiências do *eu* (autocrítica e autotranquilização) para o comportamento de autodano, procurando implicações para a prática clínica.

*“Ai de mim que me perdi
Pelos caminhos do tédio
Perdi-me cheguei aqui
Agora não tem remédio*

*Ai de mim que me perdi
Perdi-me porque vivi
A vida desencontrada*

*Tantos caminhos andados
Não fui eu que os descobri
Foram meus passos mal dados
Que me trouxeram aqui*

*Perdida me acho na vida
E a vida já me perdeu
Ando na vida perdida
Sem saber quem a viveu*

*Por mais que queira encontrar
A razão do meu viver
A razão de cá andar
Não posso compreender*

*Que culpa tem o destino
Dos caminhos que eu andei
Fui eu no meu desatino
Que andei e não reparei*

*Perdida estou sem remédio
Meu pecado e meu castigo
Pecado é morrer de tédio
Castigo é viver contigo.”*

Amália Rodrigues

“Para mim ser *borderline* é não ser nada, nem uma coisa nem outra... é querer ser o que não se é. É acordar todos os dias a repudiar a imagem de mim mesma que o espelho devolve. Imagem fragmentada, solta e sem fio condutor. Comportamentos estranhos, reações bizarras que me envergonham... ser *borderline* é o ódio puro, duro e gelado por mim mesma” (doente com PBP, 20 anos)

1. Introdução

A Perturbação *Borderline*¹ da Personalidade (PBP) caracteriza-se por uma marcada e persistente instabilidade que invade muitas, se não todas, as áreas de funcionamento do indivíduo, nomeadamente, as relações interpessoais, a sua autoimagem, o sistema de afeto e o comportamento. Dados recentes mostraram que a (PBP) representa uma proporção significativa da população psiquiátrica, e que dentro das perturbações da personalidade é das perturbações mais diagnosticadas (Linehan, 1993b; Widger & Frances, 1989).

À luz do modelo biopsicossocial de Linehan (1993b), a PBP é, na sua essência, uma disfunção do sistema de regulação emocional, sistema este integrado numa série de sistemas independentes que contém cognições, comportamentos, comunicação interpessoal e auto-identidade (c.f. Tabela 8.1.). A ativação de qualquer um, ou mais do que um desses sistemas, irá provocar a desregulação dos outros. A relação do indivíduo com o meio pode modificar os níveis de desregulação, aumentando-os ou diminuindo-os (Feigenbaum, 2010).

Tabela 8.1. Áreas de desregulação na PBP (adaptado de Swales, Heard, & Williams, 2000)

Afetiva	Instabilidade afetiva devido a marcada reatividade emocional; raiva intensa e inapropriada e dificuldades no controlo da raiva
Comportamental	Impulsividade em pelo menos duas áreas que são potencialmente autodestrutivas; comportamentos de autodano e comportamento suicida recorrente
Interpessoal	Esforço frenético para evitar o abandono ou rejeição real ou imaginada; padrão interpessoal instável e inseguro caracterizado pela idealização e desvalorização
Cognitiva	Ideação paranoide transitória; sintomas dissociativos severos
Autodesregulação	Perturbação na identidade; instabilidade na autoimagem; sentimentos crónicos de vazio

Apesar da PBP se caracterizar pela instabilidade da autoimagem, das relações interpessoais e dos afetos, a desregulação emocional é considerada o sintoma principal desta patologia, e que resulta na expressão de emoções intensas negativas e tensão elevada (APA, 1994; Linehan, 1993b). Este sintoma também denominado de instabilidade afetiva é o resultado da interação entre a hiperativação do afeto e o défice na capacidade de regulação e modulação das emoções. Esta interação leva a um súbito aumento da intensidade das emoções que, associada a uma lenta capacidade de recuperação, contribui para as dificuldades sentidas por estes doentes (Linehan, 1993a, 1993b; Levine, 1997; Niedtfeld & Schmah, 2009). De facto, a maioria dos sintomas e comportamentos *borderline* traduz tentativas de regular a ativação emocional intensa ou de controlar as consequências inevitáveis relacionadas com emoções instáveis e intensas (negativas e positivas). Os comportamentos de suicídio e para-suicídio, por exemplo, na maioria das vezes, correspondem a estratégias de alívio e diminuição do so-

¹ Apesar da tradução portuguesa ter denominado esta perturbação da personalidade como Perturbação Estado Limite da Personalidade iremos optar por utilizar a terminologia “*borderline*” por ser a expressão mais conhecida internacionalmente e por facilitar a descrição e análise dos dados.

frimento emocional, enquanto a instabilidade nas relações interpessoais está diretamente relacionada com a incapacidade de controlar, com eficácia, a raiva e outras emoções intensas (e.g., tristeza, solidão, vergonha).

Pela sua natureza e patoplastia, a PBP historicamente foi sempre considerada como uma perturbação “quase intratável”, com mudanças clinicamente significativas apenas ao fim de vários anos de tratamento (Linehan, 1993b; Gunderson, 2001; Skodol et al., 2002), o que é demonstrativo das taxas de eficácia terapêutica (e.g., remissão da sintomatologia e melhoria no estilo interpessoal) fracas e inconsistentes que a maioria das abordagens terapêuticas para esta perturbação apresenta. Vários estudos clínicos de *follow up* (Pope, Jonas, Hudson, Cohen, & Gubderson, 1983; MaGlashan, 1986a, 1986b, 1987 citado por Linehan, 1993b) mostraram que o tratamento é de longa duração, as melhorias são lentas, permanecendo marginais durante anos após a avaliação da perturbação severa inicial. As taxas de adesão e de resposta às modalidades de tratamento são fracas e ineficazes, em comparação com outras perturbações psiquiátricas (Zanarini, Frankenburg, Khera, & Bleichmar, 2001). São doentes que, com frequência, abandonam precocemente a terapia (muitas vezes sem informar o terapeuta), ou quando permanecem no tratamento os resultados são imprevisíveis. Por outro lado, a sintomatologia *borderline* (e.g., tentativas e ameaças de suicídio, autodano, raiva intensa e inapropriada, impulsividade) é particularmente indutora de *stress* para os terapeutas e serviços de saúde mental. Esta constatação associada ao aumento exponencial de indivíduos com patologia *borderline* que recorrem aos serviços de saúde mental e aos consultórios privados, tem levado a um progressivo e crescente interesse por esta patologia (Gunderson, 2008; Linehan, 1993b).

Os dados epidemiológicos evidenciam que é uma perturbação psiquiátrica com taxas de prevalência de 1.1-2.5% na população adulta geral, com enormes custos sociais (Lineham & Heard, 1999; van Asselt, Dirksen, Severens, & Arntz, 2002), elevado risco de suicídio (APA, 1994, 2002; Paris, 1993; Paris, Brown, & Nowlis, 1987) e marcada invalidação e interferência no funcionamento da vida em geral. A proporção dos doentes com a patologia *borderline* aumenta consoante o contexto de tratamento (unidade e tipo), i.e., 10% dos doentes no contexto ambulatorio e cerca de 50% de doentes internados em unidades especializadas apresentam critérios para PBP (APA; 1994). A maioria dos critérios clínicos da PBP (DSM-IV, 1994) refletem dificuldades no funcionamento emocional (e.g., instabilidade afetiva, raiva intensa, sentimentos crónicos de vazio, autodano). Como já referido, o autodano sem intenção suicida e as tentativas de suicídio são praticados muitas vezes como uma forma, ineficaz, de obter alívio e controlo de emoções negativas severas (Brown, Comtois, & Linehan, 2002; Klonsky, 2007). A literatura clínica tem evidenciado que os doentes com PBP se distinguem dos outros doentes com outros quadros clínicos (e.g., distímia) porque associada à emocionalidade negativa, característica clínica comum, apresentam ainda instabi-

lidade afetiva (Conklin, Bradley, & Westen, 2006; Clifton & Pilkonis, 2007; Gratz, 2006). Perante estes dados clínicos, o modelo de compreensão da patologia *borderline* postulado por Marsha Linehan (1993b) não surpreende. Baseado na teoria da aprendizagem biossocial propõe que o desenvolvimento da PBP e a sua manutenção se deve a diferentes vias com interações recíprocas entre fatores biológicos e socioambientais (Linehan, 1993b). Esta teoria postula que os doentes *borderline* possuem fracas competências de *coping* e de regulação porque cresceram em ambientes invalidantes (e.g., a criança tem dificuldades em identificar e compreender duma forma eficaz os seus sentimentos, e não confia nas suas respostas; é suposto que espere dos outros indicações de como se deve sentir e o que faz) e têm uma predisposição biológica para reagir com elevada emocionalidade aos estímulos (vulnerabilidade emocional). Tendo subjacente a teoria biossocial, Linehan (1993b) organizou um conjunto de padrões comportamentais presentes nos doentes *borderline*, com história de múltiplas tentativas de suicídio e autodano repetido. A Tabela 8.2. resume esses padrões.

Tabela 8.2. Padrões comportamentais na PBP (Linehan, 1993b, pp.10)

Vulnerabilidade emocional: padrão de dificuldades persistentes na regulação das emoções negativas, incluindo elevada sensibilidade aos estímulos emocionais negativos, elevada intensidade emocional e lenta recuperação à linha-de-base emocional. Pode incluir a tendência para culpar o ambiente social por expectativas e exigências irrealistas.

Autoinvalidação: Tendência para invalidar ou falha em reconhecer a sua própria resposta emocional, pensamentos, crenças e comportamentos. Padrões de realização e expectativas irrealistas. Pode incluir vergonha intensa, ódio de si próprio e raiva autodirigida.

Crises implacáveis: Padrão de *stress* e frequente de acontecimentos ambientais negativos, ruturas, obstáculos, alguns causados pelo estilo de vida disfuncional, outros pelo meio social inadequado, e outros ainda pelo destino ou acaso.

Inibição da dor: Tendência para inibir ou controlar excessivamente as respostas emocionais negativas, especialmente aquelas associadas à dor e perda (e.g., tristeza, raiva, culpa, vergonha, ansiedade, pânico).

Passividade ativa: Tendência para um estilo interpessoal de resolução de problemas passivo, envolvendo falhas na tentativa de resolução dos problemas da própria vida, acompanhado muitas vezes de tentativas ativas de solicitação de ajuda dos outros para a resolução dos problemas; desespero aprendido, abandono.

Competência aparente: Tendência do indivíduo para parecer, enganosamente, mais competente do que na realidade é; deve-se ao fracasso na competência de generalização de certos estados de humor, e no défice na expressão de sinais não-verbais de *stress* emocional.

A premissa básica deste modelo é que os sintomas e comportamentos *borderline* constituem uma resposta razoável à disfunção biológica e psicológica e aos acontecimentos externos de ameaça. A Terapia Dialéctico-Comportamental (Linehan, 1993b) surgiu como resposta terapêutica a doentes (mulheres) com PBP com um padrão de autodano repetido e marcado, revelando-se uma abordagem terapêutica eficaz (diminuição significativa nos comportamentos autodano/automutilatórios e tentativas de suicídio, na taxa de abandonos da terapia e no menor número de internamentos) (Linehan et al., 1991, 1994). Relativamente a este comportamento repetitivo e frequente, numerosos estudos e autores confirmam a elevada associação do autodano com a Perturbação *Borderline* da Personalidade (Gratz, 2001;

Gunderson, 2001; Linehan, 1993, 1987; Schaffer, Carroll, & Abramowitz, 1982). Alguns estudos reportam que 70 a 75% dos doentes com PBP apresentam este critério clínico, tendo sido originalmente definido como “o indicador comportamental” da perturbação (Gunderson, 2001; Gunderson & Singer, 1975; Linehan, 1987; Mack, 1975). Aliás, a 4ª edição do DSM ilustra a importância deste sintoma psicopatológico na medida em que dois dos nove critérios *borderline* correspondem à impulsividade autoinfligida (autodano) e aos gestos e comportamentos de suicídio. Este comportamento, embora de reduzida letalidade, é clinicamente relevante e está associado a uma série de consequências negativas interpessoais e físicas (Favazza, 1992; Leibenluft, Gardner, & Cowdry, 1987; Linehan, 1993b; Tantom & Whitaker, 1992). Contudo, apesar da sua indiscutível importância clínica, existem poucos tratamentos para o autodano suportados empiricamente, e continuam por esclarecer os fatores etiológicos e de manutenção que contribuem para este comportamento (Favazza, 1992; Klonsky, 2007; Klonsky et al., 2003).

Em síntese, os dados existentes na literatura reforçam a importância de um conjunto de fatores para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas *borderline* (e.g., o autodano, a raiva e a impulsividade). Destacamos os fatores que se prendem com a existência de experiências adversas na infância (e.g., abuso sexual), a autoinvalidação (tendência para invalidar ou ignorar a vulnerabilidade e a experiência interna) e a vergonha (associada a sentimentos de ódio autodirigidos e cognições autopunitivas). Estudos recentes têm reforçado a ideia que a vergonha se mostra fortemente associada à suicidabilidade crónica, ao autodano e à raiva e impulsividade (Linehan et al., 2006). Por outro lado, a experiência clínica sugere igualmente que a vergonha é central nesta patologia (Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Posto isto fazia sentido testar o modelo das mentalidades sociais de Gilbert (2000c, 2005d) e explorar a forma como o autocriticismo e a autocompaixão poderão contribuir para alguns dos sintomas *borderline*.

2. Fenomenologia do Comportamento de Autodano: A contribuição relativa do Autocriticismo e da Autocompaixão

2.1. Autodano

“Corto-me porque estou em sofrimento... Ninguém sabe o que sinto, o que penso e o que sou. É quase impossível exprimir e comunicar sobre a dor que me invade a alma...as pessoas nunca vão compreender... as palavras não são assim tão poderosas. Quando me corto tenho isso e muito mais...”(Doente com BPB, 28 anos)

Ao conceito de autodano tem sido atribuído uma grande variedade de nomes. A título ilustrativo mencionam-se: autodano (Beasley, 2000), comportamento de autolesão (Alper & Peterson, 2001; Bockian, 2002), autolesão repetitiva, autoferimento (Hunad & Tantom, 2000), parasuicídio (Conaghan & Davidson, 2002), automutilação (Ross & Heath, 2002),

autolesão episódica e repetitiva (Favazza, 1998) e comportamento autodestrutivo (Kocalevent et al., 2005). Na literatura recente, a sua própria definição é controversa, nomeadamente quanto à presença ou não de intenção suicida (Mangnall & Yurkovich, 2008). Os autores argumentam que os indivíduos que praticam autodano com intenção suicida fazem-no por motivos e expectativas (de resultado) muito diferentes comparativamente àqueles que o praticam sem intenção suicida (Mangnall & Yurkovich, 2008). De facto, segundo Suyemoto (1998), o autodano/automutilação é um mecanismo de *coping* usado para evitar o suicídio, que pode ter várias funções e motivos. Favazza (1998) concorda descrevendo-o como uma forma mórbida de autoajuda que se opõe ao suicídio. Segundo este autor, a automutilação consiste na destruição direta ou alteração do tecido corporal sem intenção suicida consciente, mas que pode ter consequências graves no corpo. O autodano é ainda definido como, comportamento intencional autodirigido sem uma intenção suicida aparente (Conaghan & Davidson, 2002; Pattison & Kahan, 1983). Em oposição a esta definição, outros autores consideram que o autodano implica uma clara intenção de suicídio (Klonsky et al., 2003; Ross & Hearhy, 2002).

O autodano pode ser classificado em diferentes tipos, baseado em critérios de severidade e nos efeitos consequentes associados (Favazza & Simeon, 1995): a) automutilação *major*, inclui os atos mutilatórios mais severos, como a enucleação dos olhos ou castração, associados a distúrbios psicóticos; b) automutilação estereotipada, inclui comportamentos repetitivos e automáticos, tais como, cortes, dar golpes na cabeça, mais associados ao atraso mental severo; c) automutilação moderada/superficial, inclui comportamentos como arrançar/cortar pele, arranhões, puxar cabelos, queimaduras, e outras formas de autodano superficial. O presente estudo foca-se neste último tipo de comportamento de autodano, que divide em dois subtipos: compulsivo e impulsivo. O primeiro refere-se a comportamentos de autodano repetitivos (e.g., puxões de cabelo, arranhões ou arrancar pedaços de pele) mais ou menos automatizados, sem uma intenção ou experiência afetiva muito consciente, assemelhando-se às típicas compulsões. O autodano impulsivo, habitualmente episódico, apresenta alguma resistência consciente proporcionando uma redução da tensão e ansiedade (e.g., queimaduras e cortes). Este tipo de autodano assume funções como o controlo de emoções negativas, como a tristeza, a vergonha e a solidão (i.e., forma de regulação emocional), a autocrítica e o controlo ou manipulação dos outros (Favazza & Simeon, 1995; Klonsky, 2007). É sobre este último tipo que este trabalho se debruça, apesar de ambos os subtipos poderem coexistir no mesmo indivíduo/doente. O comportamento de autodano pela sua natureza multidimensional e transdiagnóstica ocorre no contexto de uma variedade de contextos e estímulos (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001). Nesse sentido, e para uma melhor compreensão do conceito, apresenta-se uma descrição das suas propriedades, antecedentes e consequências (cf. Figura 8.1.).

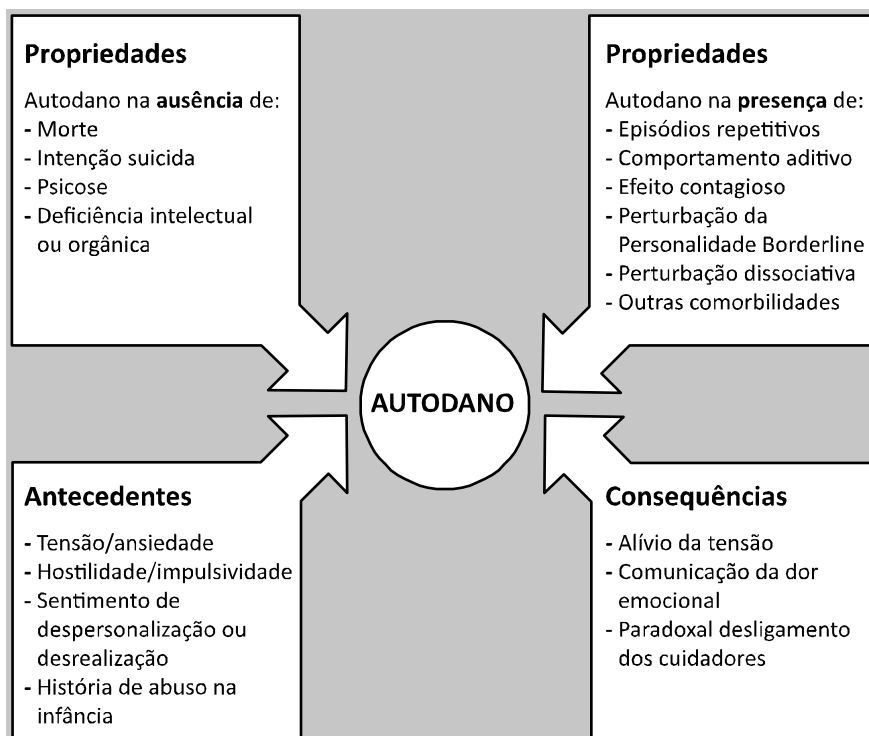


Figura 8.1. Características do Autodano (adaptado de Mangnall & Yurkovich, 2008)

A primeira propriedade do autodano é não constituir um acontecimento fatal, pois quando assim é, é já sinal indicador de suicídio. A intenção subjacente não é a morte, mas sim a melhoria do estado psicológico ou emocional (Roth & Presse, 2003). Na maioria das vezes os indivíduos não têm consciência da natureza das suas intenções quando praticam esse comportamento (Mangnall & Yurkovich, 2008). Por outro lado, os estudos sobre a relação entre autodano e suicídio (Cooper, Kapur, Webb, Lawlor, & Guthrie, 2005) mostraram que o suicídio poderá ser uma consequência não intencional do autodano e, se assim for, os comportamentos de autodano serão sinais indicadores da probabilidade de ocorrência de uma tentativa de suicídio. Outra propriedade do autodano são as suas características aditivas, pois tende a coexistir com outros comportamentos aditivos (e.g., álcool e drogas). Este aspeto é suportado por estudos que mostraram a elevada prevalência de comportamentos aditivos em indivíduos com autodano (Mangnall & Yurkovich, 2008). Por outro lado, verifica-se também que é um comportamento associado a determinadas perturbações psiquiátricas. A título ilustrativo o “autodano repetitivo” constitui um critério de diagnóstico da PBP, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), com elevado suporte empírico (Alper & Peterson, 2001; Beasely, 2000; Favazza, 1996; Klonsky et al., 2003). Contudo, a literatura recente tem mostrado que o autodano intencional não é exclusivo da PBP, podendo aparecer em perturbações do humor, perturbações dissociativas, perturbações da ansiedade, síndrome de *stress* pós-traumático e perturbações alimentares (Castille et al., 2007; Klonsky, 2007; Klonsky et al., 2003; Nijman et al., 1999).

Na tentativa de operacionalizar as causas do autodano, as suas razões, tipos e métodos usados para a autorregulação afetiva uma série de fatores de risco têm sido identificados na literatura. No que concerne aos antecedentes do autodano, os estudos existentes indicaram que níveis elevados de ansiedade e tensão exercem uma influência única nestes comportamentos, superior à da depressão (Klonsky et al., 2003). Num estudo levado a cabo por Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico e Gibb (2005), os resultados mostraram que os indivíduos que se cortam se diferenciam dos que utilizam outros métodos de autodano na ansiedade e depressão, sendo que aqueles experienciaram níveis mais elevados de ansiedade. Estes resultados confirmaram, na globalidade, que os indivíduos com autodano apresentam mais sintomas depressivos e ansiosos que o grupo de controlo. Outro preditor reconhecido empiricamente é a hostilidade e impulsividade entendidas como a tendência para expressar facilmente a raiva que, ao ser acompanhada da vivência de ódio e desprezo por si próprio, pode resultar no acionar de atos desta natureza. No mesmo sentido, os episódios dissociativos, sobretudo os sentimentos de despersonalização e desrealização, mostram-se associados à prática de autodano, em que este funciona como algo que faz parar a vivência dissociativa, trazendo o indivíduo de volta para a realidade (Gratz & Chapman, 2009; Gunderson, 1984; Mangnall & Yurkovich, 2008; Saxe et al., 2002). A experiência de abuso (sobretudo, sexual) na infância é também outro antecedente relevante e amplamente estudado (Briere & Gil, 1998; Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007; Gratz, 2006; Gratz & Chapman, 2009; Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Klonsky et al., 2003; Yates, 2004). Outro antecedente identificado nalguns estudos relaciona-se com a autopunição. Para estes indivíduos o autodano seria a expressão da raiva ou condenação/diminuição do *eu*, experienciado como egossintónico e “tranquilizador” (gerador de alívio) perante o sofrimento e *stress* gerado por sentimentos de intensa vergonha e culpa (Gratz & Chapman, 2009; Klonsky, 2007). Por último, a regulação do afeto revela-se a razão/função mais prevalente no autodano, pelo efeito aliviador e de diminuição de emoções intensas negativas como raiva, ansiedade, frustração e vergonha (Gratz, 2006; Gratz & Chapman, 2009; Klonsky, 2007). A Figura 8.2. representa os mecanismos subjacentes ao autodano, incluindo as variáveis em análise neste estudo. Corresponde a uma tentativa de sistematização das assunções do modelo biopsicossocial de Linehan (1993b) e do modelo do *ranking* social para o autocriticismo e vergonha (Gilbert, 1998e, 1998f; 2000c).

Relativamente às consequências/efeitos do autodano, o alívio rápido e dramático da tensão emocional está bem documentado na literatura (Gratz, 2003; Klonsky et al., 2003). Apesar de parecer contraditório, existem evidências de que após a prática de autodano os indivíduos apresentam uma experiência fisiológica de redução de *stress*, com uma duração de 24 horas (Crowe & Bunclark, 2000 citado por Mangnall & Yurkovich, 2008). Um estudo com dados neurobiológicos demonstrou a veracidade da hipótese do autodano intencional

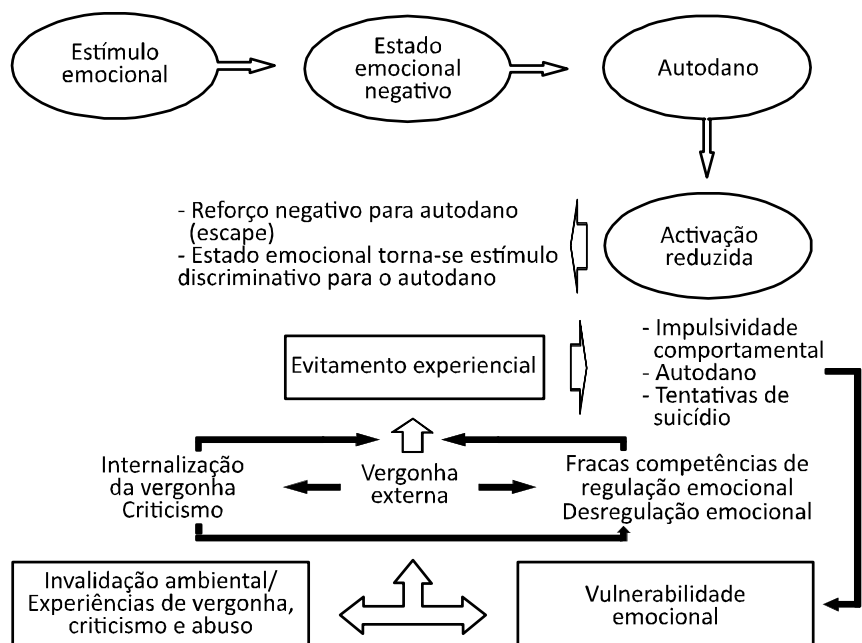


Figura 8.2. Antecedentes e mecanismos subjacentes no Autodano (adaptado de Linehan, 1993b).

poder ser uma resposta à hiperatividade do sistema central neuroendócrino sensível ao *stress*, sendo assim, uma estratégia de *coping* pouco normal, fisiologicamente eficaz para a modulação da resposta de *stress* que de outro modo seria incontrolável (Sachsse, von der Heyde, & Huether, 2002 citado por Mangnall & Yurkovich, 2008). Para outros autores (Wang, Lundeborg, & Yu, 2003), este alívio rápido e temporário poderá dever-se à libertação de endorfinas endógenas (opiáceos, oxitocina) ou de outras respostas fisiológicas específicas para o autodano. Outra consequência do autodano parece ser a comunicação/expressão do grau de sofrimento sentido pelos indivíduos, dado que estes consideram não ser possível “pôr por palavras” a sua dor. Estes sentem que ninguém é capaz de validar as suas emoções e sentimentos, sendo o autodano uma via de obtenção da atenção, suporte e compreensão por parte dos outros (Leahy, 2005; Linehan, 1993b; Mangnall & Yurkovich, 2008). Paradoxalmente, não parece ser este o resultado obtido, na medida em que o efeito interpessoal dessa estratégia é muitas vezes negativo, quer por parte das figuras significativas (e.g., cuidadores), quer por parte dos profissionais de saúde que os acompanham (Linehan, 1993b; Shaw, 2002).

Contudo, e apesar de existirem atualmente algumas explicações biológicas e psicológicas para o autodano, os mecanismos para a sua ocorrência e manutenção ainda não estão totalmente estudados e compreendidos. Deste modo, o presente estudo pretende contribuir para a clarificação dos fatores explicativos associados ao autodano em doentes com PBP.

2.2. Autocriticismo e Autocompaixão, Vergonha, e variáveis de *Ranking Social*

Estudos recentes têm mostrado que os sistemas fisiológicos se adaptam às interações sociais (Hofer, 1994; McGuire & Troisi, 1998), evidenciando que a maturação do cérebro humano e seu desenvolvimento é significativamente influenciada por elas (Schore, 1994, 2001). Este facto pode dever-se à elevada sensibilidade do cérebro humano às experiências sociais contextuais, em especial as experiências precoces, o que demonstra que as possibilidades genóticas (individuais) podem ter resultados fenotípicos imprevisíveis (Buss, 2004; Gilbert, 2004b; Suomi, 1997). Experiências negativas precoces (e.g., inexistência de responsividade parental, frieza e abuso de vários tipos) ativam o sistema defensivo de ameaça-defesa estando associadas a várias respostas de *stress* (Perry et al., 1995). Indivíduos abusados enquanto crianças exibem ativação elevada desse sistema e marcadas dificuldades em recuperar do *stress* comparativamente a indivíduos não abusados (Heim et al., 2000). Estudos na área mostram que as experiências abusivas afetam a maturação do córtex orbito-frontal, zona cerebral crucial para a regulação do afeto (Davidson, 2000; Schore, 2001).

O autocriticismo, tal como o autodano e a perturbação *borderline* da personalidade, têm uma origem em ecologias precoces hostis, negligentes, de frieza emocional, de abuso sexual e físico e *bullying*, onde os recursos, o suporte mútuo e o comportamento de cuidar são escassos ou inexistentes (Briere & Gil, 1998; Gilbert, 1992b, 1992c, 2007c; Gilbert et al., 2009; Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Kaehler & Freyd, 2009; Klonsky et al., 2003; Yates, 2004). Gilbert, Lee e Welford (2006) explicam que experiências precoces repetidas de vergonha com outros poderosos, hostis e rejeitadores ou abusadores desencadeiam a ativação do sistema de ameaça e podem conduzir a que as memórias de vergonha fiquem codificadas como memórias traumáticas condicionadas, com implicações na relação com os outros e na psicopatologia. Por outro lado, vários estudos têm reforçado o papel exercido pelo autocriticismo na relação entre memórias emocionais negativas (de vergonha, de submissão) e a psicopatologia (Castilho et al., 2012; Irons et al., 2003; Pinto-Gouveia et al., 2011; Ritcher, Gilbert, & McEwan, 2009). Noutro estudo ainda, Irons e colaboradores (2006) salientaram que os indivíduos provenientes de ambientes aversivos e que têm um estilo autocrítico focado em sentimentos de vergonha e de desprezo pelo *eu* estão mais vulneráveis para desenvolverem psicopatologia, incluindo os comportamentos de autodano. Por sua vez, Sachs- Ericsson, Verona, Joiner e Preacher (2006) mostraram que as crianças que são envergonhadas pelos seus pais (com agressões verbais do tipo “estúpido, mau”) tornam-se mais facilmente autocríticas pela internalização destes descritores do *eu*, e que o autocriticismo medeia totalmente a relação entre o abuso verbal na infância e os sintomas depressivos e ansiosos, e parcialmente a relação entre o autodano e o abuso físico e sexual. Experiências de abuso físico e sexual estão, então, associadas a sentimentos de ódio e aversão pelo *eu* (*eu detestado*) (Stuewig & McCloskey, 2005), a comportamentos de autodano (Babiker & Arnold, 1997) e a vergonha e

depressão (Andrews, 1998; Gilbert, 1998c, 2002a; Tangney & Dearing, 2002). Frequentemente, a experiência de vergonha externa provoca respostas emocionais secundárias defensivas (e.g., raiva e repugnância) e cognições autocríticas e de ataque, cuja função se prende com o lidar com os próprios sentimentos de vergonha (Gilbert, 2000a, 2002a). Deste modo, a propensão para a vergonha mostra-se relacionada com a raiva e com elevada impulsividade, sintomas comuns à perturbação *borderline* de personalidade (Rüsch et al., 2007). O autocriticismo corresponde a um ataque interno de dominância-submissão que ativa respostas defensivas de submissão e emoções negativas associadas (ansiedade, raiva, depressão), significativamente ligado à experiência de vergonha e ao afeto negativo (Gilbert, 1998a, 1998f, 2000a, 2002a; Gilbert & McGuire, 1998; Gilbert & Procter, 2006). Alguns estudos revelaram que o autocriticismo tem formas e funções, e que o seu efeito patogénico está mais relacionado com a qualidade afetiva associada (raiva e desprezo) do que com o conteúdo das cognições autocríticas (Gilbert, 2005d, 2009c; Gilbert et al., 2004; Whelton & Greenberg, 2005). Assim, o indivíduo perante experiências internas aversivas (emoções, sentimentos, memórias, elevada vergonha) poderá tentar controlá-las através da dissociação, abuso de substâncias, evitamento experiencial ou comportamentos de autodano (Evans et al., 2004, 2005; Gilbert & Procter, 2006). Estes dados evidenciam que o autocriticismo e vergonha atuam como processos internos associados ao sistema de ameaça-defesa, que quando ativado gera emoções negativas defensivas difíceis de regular, sendo estas que contribuem para a psicopatologia e autodano (cf. Figura 8.2.) (Gilbert et al., 2004; Gilbert & Irons, 2005; Yates, 2004).

Relativamente à comparação social e submissão, e pela reconhecida relação com os indicadores de psicopatologia (Allan & Gilbert, 2007; Gilbert, Price, & Allan, 1995), os doentes com PBP, tal como os deprimidos, sentem-se inferiores e em posições indesejadas de subordinação, o que os leva a experienciarem uma redução percebida no controlo por recursos sociais e sentimentos de derrota. Perante os poucos estudos nesta área, será interessante perceber como é que estes construtos de *ranking* poderão estar a contribuir para o autodano. Gilbert e colaboradores (2009), num estudo recente numa amostra mista de doentes, mostraram que o autodano se associa significativamente às formas negativas do autocriticismo, vergonha e sentimentos de inferioridade. Outro estudo levado a cabo por Castilho, Pinto-Gouveia e Bento (2011), numa amostra de adolescentes, mostrou que os adolescentes com autodano são mais autocríticos, têm mais vergonha internalizada e sintomatologia depressiva, apresentam mais comportamentos dissociativos, uma vinculação mais ansiosa e evitante e, conseqüentemente, uma ligação e proximidade ao grupo social mais pobre, comparativamente aos adolescentes sem autodano e adolescentes normais. O estudo revelou ainda que os adolescentes com psicopatologia, que apresentam níveis elevados de autocriticismo, tendem a emitir com mais frequência comportamentos de autodano, como forma de expressar e regular as emoções negativas e de se autopunirem. Um outro estudo recente

(Zanarini, Laudate, Frankenburg, & Fitzmaurice, 2011), de natureza prospetiva de dez anos de *follow-up* relativo aos preditores do autodano em doentes com PBP, revelou a existência de seis preditores significativos, a saber: o género feminino, a severidade de cognições disfóricas, a severidade de sintomas dissociativos, depressão major, história de abuso na infância e na adultez.

3. Objetivos

Pela descrição teórica acima explanada, fica claro que o autodano constitui um comportamento complexo, heterogéneo na sua apresentação, características e funções (Briere & Gil, 1998; Klonsky, 2007; Klonsky et al., 2003). Atualmente, tem recebido uma crescente atenção e interesse na comunidade científica e clínica pelo aumento da sua prevalência, sendo considerado em alguns países um problema de saúde pública (e.g., USA), com a população adolescente a revelar-se uma séria população de risco (12 a 21% dos adolescentes relata a manifestação de autodano) (Gratz, 2001; Ross & Heath, 2003). Existe evidência empírica robusta que mostra que os indivíduos que manifestam comportamentos de autodano apresentam mais sintomas *borderline* do que os indivíduos sem autodano, relação que não surpreende na medida em que ambos se caracterizam pela desregulação emocional e emocionalidade negativa (Gratz, 2006; Klonsky, 2007; Klonsky et al., 2003; Linehan, 1993b). Constata-se ainda que os comportamentos de autodano são multidimensionais, com formas e funções específicas, não mutuamente exclusivas, continuando ainda por clarificar as possíveis vias para o seu aparecimento e manutenção (Brown et al., 2002; Klonsky et al., 2008a).

Assim, este estudo teve como propósito fundamental mostrar e clarificar, fundamentalmente, o possível papel do autocríticismo e da autocompaixão na etiologia dos comportamentos de autodano em doentes com PBP. Ou seja, pretende-se explorar o efeito preditor do autocríticismo e da autocompaixão e de outros construtos (e.g., vergonha, perceções de *ranking* social, raiva, dissociação, afeto negativo e evitamento experiencial) nos comportamentos de autodano, numa população clínica com Perturbação *Borderline* da Personalidade. Especificamente, hipotetizou-se que os doentes com PBP com autodano se diferenciam dos doentes com PBP sem autodano nas formas negativas do autocríticismo e autocompaixão, na experiência da vergonha, nos comportamentos dissociativos, no afeto negativo e positivo e no evitamento experiencial. Assim, espera-se que os doentes *borderline* com autodano apresentem níveis mais elevados nas pontuações destas variáveis. Por último, pretendia-se explorar os preditores de pertença para o grupo de doentes com autodano, em que a hipótese formulada era a forma do autocríticismo mais tóxica e patogénica (*eu detestado*) constituir o preditor significativo de pertença ao grupo de doentes *borderline* com autodano.

4. Método

4.1. Amostra

A amostra clínica foi recolhida entre 2007 e 2010, em vários serviços de saúde mental da zona Norte e Centro do país e em consultórios privados de psicoterapeutas. Foram excluídos desta amostra todos os indivíduos que apresentavam psicopatologia do foro psicótico ou esquizoafetiva, patologia bipolar, dependência de substâncias psicoativas e ainda aqueles que revelaram dificuldades na compreensão dos instrumentos de avaliação. A amostra final de doentes com Perturbação *Borderline* da Personalidade (PBP) ficou constituída por 88 sujeitos. Apesar dos 88 doentes apresentarem como principal diagnóstico a PBP, preenchiam também critérios para outras perturbações comórbidas com a perturbação de personalidade primária (e.g., Eixo I: Perturbação Depressiva Major, Distímia, Perturbação de Pânico com Agorafobia, Distúrbios Alimentares; Eixo II: Perturbação Evitante da Personalidade, Perturbação Dependente da Personalidade, Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade). Desta forma, 26.14% dos doentes *borderline* apresentaram apenas psicopatologia do Eixo II associada e 73.86% apresentaram psicopatologia do Eixo I comórbida. Estes dados clínicos referentes ao diagnóstico estão de acordo com a literatura, confirmando que a Perturbação *Borderline* da Personalidade apresenta comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas, do Eixo I e do Eixo II. Vários autores demonstraram que a PBP se mostrou associada com a Perturbação Depressiva Major (12.2%), a Perturbação de Ansiedade Generalizada (11.1%), a Perturbação de Pânico (16.9%), a Fobia Social (18.4%), a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (26.1%) e as Perturbações relacionadas com o Abuso de Substâncias (17.6%) (Zanarini et al., 1998, 2004; Zimmerman et al., 2005). Outras perturbações comórbidas encontradas foram as Perturbações Bipolar I e Bipolar II com valores que ascendem os 19.4% (Gunderson et al., 2006). No que concerne às perturbações do Eixo II, os resultados obtidos noutros estudos mostraram que a PBP se associa com a Perturbação Evitante de Personalidade (43 a 46%), com a Perturbação Dependente de Personalidade (16 a 51%) e com a Perturbação Paranoide de Personalidade (14 a 30%) (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004).

Oito dos sujeitos são do género masculino (9.09%) com uma idade média de 25.38 ($DP = 6.61$), e 80 são do género feminino (90.91%), com uma média de idades de 30.00 ($DP = 8.54$). No que diz respeito à amostra total, a média das idades dos sujeitos é de 29.58 anos ($DP = 8.46$) e dos anos de escolaridade é de 13.54 ($DP = 3.28$). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nas variáveis sociodemográficas em estudo, a saber: idade, $t(87) = -1.49$; $p = .141$, nos anos de escolaridade, $t(87) = 1.56$; $p = .123$, no estado civil, $\chi^2(4) = 3.25$; $p = .518$ e no nível socioeconómico, $\chi^2(3) = 2.98$; $p = .395$, respetivamente. A Tabela 8.3. apresenta as características sociodemográficas dos doentes participantes no presente estudo.

Dada a especificidade do estudo, que se prende com a compreensão da natureza e fenomenologia dos comportamentos de autodano neste quadro clínico, apresentam-se em seguida as prevalências dos referidos comportamentos. Na Tabela 8.4. são apresentadas as frequências absolutas e relativas da distribuição dos comportamentos de autodano manifestados nos últimos três meses. De referir que o instrumento utilizado, o BPDSI-IV, para avaliar as manifestações recentes dos sintomas *borderline*, permite obter pontuações dimensionais para cada um dos critérios (média dos itens de cada critério), assim como um valor de pontuação total e pontos de corte (Arntz et al., 2003) (cf. Capítulo 3, ponto 3).

Tabela 8.3. Características sociodemográficas da amostra (N = 88)

	Masculino (n = 8)		Feminino (n = 80)		T	p
	M	DP	M	DP		
Idade	25.38	6.61	30.00	8.54	-1.49	.141
Anos Escolaridade	15.25	2.38	13.37	3.32	1.56	.123
	n	%	n	%	χ^2	p
Estado Civil			57			
Solteiro	8	9.09	14	64.77		
Casado	0	0	3	15.91		
Divorciado	0	0	1	3.41		
Viúvo	0	0	6	1.14		
União facto	0	0		6.82	3.25	.518
Estatuto Socioeconómico						
Baixo	1	1.13	26	29.55		
Médio	2	2.72	19	21.59		
Alto	0	0	7	7.95		
Estudantes	5	5.68	29	32.95	2.98	.395

Tabela 8.4. Frequência dos comportamentos de autodano nos três últimos meses na amostra de doentes com PBP com autodano (n = 47)

	n	%
1. Bater com a cabeça, com o punho, ou qualquer outra parte do corpo contra alguma coisa.	37	78.7
2. Arranhar-se ou beliscar-se.	24	51.1
3. Morder-se.	4	12.8
4. Arrancar o cabelo (incluindo sobrancelhas ou pestanas).	11	23.4
5. Cortar-se.	24	51.1
6. Queimar-se.	12	25.5
7. Espetar agulhas ou algo semelhante no corpo.	7	14.9
8. Engolir objetos pontiagudos, ingerir substâncias perigosas, introduzir objetos pontiagudos ou perigosos em orifícios corporais.	8	17

Como pode verificar-se na Tabela 8.4., os comportamentos de autodano mais frequentes, praticados pelos doentes *borderline* que constituem esta amostra, nos últimos três meses (relatados aquando da entrevista), foram o “bater com a cabeça, com o punho, ou qualquer outra parte do corpo contra alguma coisa, ou partir um vidro com o punho ou com qualquer outra parte do corpo” (78.7%), o “cortar-se” e o “arranhar-se ou beliscar-se”, ambos com a mesma frequência relativa (51.1%). Estes dados estão de acordo com a investigação existente em populações clínicas sobre o autodano intencional, que mostrou que os cortes superficiais na pele (e.g., pulsos e braços) constituem a forma de autodano mais frequente, ocorrendo em 70% a 97% dos indivíduos com autodano (Briere & Gil, 1998; Favazza &

Conterio, 1989; Herpertz, 1995; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Nijman et al., 1999; Nock et al., 2006; Suyemoto, 1998), seguida do bater ou beliscar-se, arranhar-se e morder-se a si próprio, cerca de 21% a 44% (Ross & Heath, 2003) e, por último, numa frequência de 15% a 35%, o queimar partes do corpo (Favazza & Conterio, 1989; Herpertz, 1995; Nijman, et al., 1999) e o picar-se com alfinetes ou agulhas e arranhar-se gravemente. Contudo, o que é usual é a manifestação de vários tipos de métodos e de comportamentos de autodano (Favazza & Conterio, 1989; Gratz, 2001; Herpertz, 1995; Klonsky et al., 2003). Numa amostra alargada de indivíduos da população não clínica, o arranhar foi a forma de autodano mais comum (Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006), em que as áreas do corpo mais afetadas foram os braços, seguidos das mãos, pulsos, coxas e estômago. Importa ainda referir que a maioria destes indivíduos pratica uma ou algumas vezes estes comportamentos, e apenas uma minoria os utiliza crónica e persistentemente (Klonsky & Glenn, 2008a). Acresce explicitar que a idade típica para o início dos comportamentos de autodano situa-se entre os 14 e os 24 anos (Favazza & Conterio, 1989; Klonsky et al., 2003). Não é claro na literatura se o autodano é mais prevalente no género feminino do que no masculino (Klonsky et al., 2003).

4.2. Instrumentos

Cada doente participante completou uma bateria de medidas de autorresposta específicas para o estudo que incluiu: a) Escala de Experiências de Vida na Infância (ELES; Gilbert, Cheung, Granfield, Campey, & Irons, 2003), para avaliação das recordações de ameaça e subordinação na infância; b) Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS; Gilbert et al., 2004), para avaliação das formas do autocriticismo; c) Escala da Autocompaixão (SELFCS; Neff, 2003), para avaliação das competências de autocompaixão. Com vista a obter-se uma pontuação de *autocompaixão positiva* adicionaram-se os três componentes básicos da autocompaixão: calor/compreensão (capacidade para se ser amável e compreensível para consigo próprio), condição humana (entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior e não como algo isolado do resto do mundo) e *mindfulness* (aceitação dos pensamentos e sentimentos dolorosos, sem identificação em demasia com os mesmos); d) Escala da Vergonha provocada pelos Outros (OAS; Goss, Gilbert, & Allan, 1994), para avaliação da vergonha externa; e) Escala de Comparação Social (ECS; Allan & Gilbert, 1995), para avaliação da comparação social; f) Escala dos Comportamentos de Submissão (SBS; Allan & Gilbert, 1997), para avaliação da frequência de comportamentos de submissão; g) Escala de Tipos de Afeto Positivo (ETAP; Gilbert et al., 2008), para avaliação das emoções ligadas aos dois sistemas de regulação de afeto positivo; h) Inventário da Expressão da Raiva Estado-Traço (STAXI; Spielberger, 1998), para avaliação das dimensões da raiva; i) Escala de Avaliação das Experiências Dissociativas (DES-II; Carlson & Putnam, 1993), para avaliação dos comportamentos dissociativos; j) Escalas de Ansie-

dade Depressão e *Stress* (EADS-42; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) para avaliação dos sintomas ansiosos, depressivos e de *stress*; l) Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988), para avaliação das duas dimensões independentes do estado de humor; e m) Questionário da Aceitação e Ação (AAQ-II; Bond et al., 2011) para avaliação do evitamento experiencial.

4.3. Procedimento

Os sujeitos participantes foram recrutados nos Serviços de Psiquiatria de vários Hospitais do País, pertencentes à zona Norte e Centro, e em vários consultórios privados de psicoterapeutas. O processo de recolha de dados clínicos está detalhadamente descrito na metodologia geral, no Capítulo 3, pelo que abordaremos apenas neste ponto alguns aspetos específicos da recolha de dados deste estudo. Os indivíduos sinalizados com Perturbação *Borderline* da Personalidade foram reavaliados, previamente ao preenchimento da bateria de instrumentos, por um terceiro avaliador, terapeuta experiente e/ou com formação e treino na avaliação diagnóstica (na passagem e cotação da SCID I, SCID II, BPDSI-IV e na entrevista clínica), com vista à confirmação e validação do diagnóstico da perturbação psiquiátrica em estudo. Após a avaliação diagnóstica e a entrega do consentimento de participação assinado, os doentes preencheram a bateria de instrumentos definida, na maioria dos casos em contexto de consulta, na presença da investigadora ou com o terapeuta responsável. Em alguns casos o preenchimento do protocolo de escalas foi concluído em 3 ou 4 sessões terapêuticas pelos níveis elevados de ativação emocional negativa gerados ou ainda pela dificuldade no preenchimento das referidas medidas, sentida pelos doentes. O protocolo continha, para além das medidas de autorresposta em estudo, uma folha de rosto com uma explicação sumária dos objetivos do estudo clínico onde se fazia também referência ao anonimato, à confidencialidade das respostas e à importância do preenchimento completo das escalas. Em interligação com os aspetos do anonimato e confidencialidade foi comunicado a cada doente que a informação clínica recolhida seria devolvida ao terapeuta responsável, assim como o resultado de determinados instrumentos, pela sua riqueza e utilidade para a formulação e intervenção terapêutica. Todos os doentes participaram de forma voluntária.

4.4. Estratégia analítica

O presente estudo apresentou um desenho de natureza transversal. No sentido de comparar a média amostral de dois grupos independentes recorreu-se ao teste *t* de Student para amostras independentes. Assim, $H_0: \mu_A = \mu_B$ versus $H_1: \mu_A \neq \mu_B$ (Maroco, 2010b), em que a análise de médias de grupos testa a hipótese nula sobre a igualdade das médias. Os pressupostos do teste *t*-Student para amostras independentes foram analisados, no que respeita às normalidades das distribuições e à homogeneidade das variâncias. A homogeneidade das va-

riâncias nos dois grupos foi analisada através do teste de Levene. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010b). Para o estudo correlacional, realizaram-se matrizes de correlação de Pearson, com vista a analisar as associações entre as variáveis em estudo. De seguida, utilizou-se um modelo de regressão categorial logística para avaliar o impacto de um conjunto de preditores na variável dependente nominal dicotómica.

A análise de regressão logística é uma análise estatística que permite testar modelos que predizem variáveis dependentes categoriais com duas ou mais categorias. As variáveis preditoras (independentes) podem ser categoriais ou contínuas, ou um misto das duas no modelo. Comparativamente a outras análises, a regressão logística revela-se um método mais flexível (e.g., análise da função discriminante), na medida em que não obedece aos pressupostos exigidos acerca da distribuição das variáveis preditoras, ou seja, os preditores não necessitam de ter uma distribuição normal, de estar linearmente relacionados ou ainda de ter variância igual em cada grupo (Tabachnick & Fidell, 2007).

A regressão logística é especialmente útil quando a distribuição das respostas na VD se pressupõe não linear com uma ou mais VI. Isto é, a variável resultado (Y) tem uma variação não linear e aditiva, com o valor esperado de $\hat{Y} = E(Y|x) = \sum Y/n = P\{Y = 1\} = \pi$, uma vez que Y apresenta os valores de $y = 1$ (presença de autodano) ou $y = 0$ (ausência de autodano), e corresponde à probabilidade de ter um resultado ou outro resultado baseado na função não linear da melhor combinação linear de preditores. O uso das variáveis preditoras em combinação linear no modelo $\hat{Y} = \alpha + \beta X = E(Y|x) = \pi$ pode estimar valores superiores a 1 ou inferiores a 0. Por outro lado, dado que Y apresenta apenas dois valores (0 ou 1), os erros apresentam distribuição binomial cuja variância $V(\varepsilon) = \pi(1 - \pi)$ não é constante, já que depende de $E(Y) = \pi$. Se $\pi = 0.5$ significa que a variância é máxima, se $\pi = 0$ ou $\pi = 1$, a variância é nula.

O modelo da regressão logística simples é $Logit(\hat{\pi}_j) = \beta_0 + \beta_1 X_j$ ($j = 1, \dots, n$), em que a variável dependente é o $Logit(\hat{\pi})$. Se existir mais do que uma variável independente X_i ($i = 1, \dots, p$) o modelo é $Logit(\hat{\pi}_j) = \beta_0 + \beta_1 X_{1j} + \beta_2 X_{2j} + \dots + \beta_p X_{pj}$. Neste modelo, β_0 é o valor do $Ln\{\hat{\pi}/(1 - \hat{\pi})\}$ quando todos os $X_i = 0$ ($i = 1, \dots, p$) e $\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_p$ são os coeficientes *Logit*, isto é, a variação do $Logit(\hat{\pi})$ quando $\Delta X_i = 1$ (Tabachnick & Fidell, 2007, pp. 438; Maroco, 2010b, pp. 691). Os valores de β são difíceis de interpretar pelo que é usada a exponencial dos coeficientes, $Exp(\beta_i)$, que representa o rácio das Chances (*Odds ratio*) ou Rácio de Verosimilhança e traduz a razão entre a probabilidade da presença de autodano (π) face à probabilidade da ausência de autodano ($1 - \pi$), ou seja, as chances de se observar o autodano ($Y = 1$) relativamente à inexistência de autodano ($Y = 0$). Um valor de $Exp(\beta)$ superior a 1 ($\beta > 0$) indica um acréscimo das chances, enquanto que um valor de $Exp(\beta)$ inferior a 1 ($\beta < 0$) indica um decréscimo das chances quando a variável independente varia uma unidade (Maroco, 2010b, pp. 722).

Os pressupostos exigidos para o modelo de regressão logística são: a linearidade e aditividade, a proporcionalidade e constância do efeito, a independência dos erros e a ausência de multicolinearidade entre os preditores. O procedimento usado para a estimação dos coeficientes de regressão foi o Método da Máxima Verosimilhança. Este método tem como objetivo encontrar a melhor combinação linear de preditores que maximizem a probabilidade de obtenção das frequências observadas na variável resultado (dependente). Consiste num procedimento de iteração que começa com valores arbitrários dos coeficientes dos valores do conjunto de preditores e determina a direção e o tamanho da mudança nos coeficientes que irão maximizar a probabilidade de obtenção das frequências observadas. Este processo é iterado até à mudança nos coeficientes ser mínima, o que traduz que a convergência é alcançada. A regressão logística permite ainda comparar o ajustamento entre os modelos. O modelo mais simples (“modelo nulo ou reduzido”) contém apenas a constante e nenhum dos preditores. O modelo mais complexo (“modelo completo”) inclui a constante, todos os preditores, e talvez a interação entre os preditores. Contudo, nem todos os preditores (e interações) estão relacionados com a variável resultado (Tabachnick & Fidell, 2007).

O teste à significância e qualidade do modelo de regressão logística é feito através do Teste do Rácio de Verosimilhança (*Likelihood Ratio Test*) (ou teste *omnibus*), sendo que as hipóteses são: $H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_p = 0$ (modelo não significativo) *versus* $H_1: \exists i: \beta_i \neq 0$ ($i = 1, \dots, p$) (modelo significativo). A estatística de teste à significância do modelo compara a verosimilhança de um modelo só com a constante ($Logit(\hat{\pi}_j) = \beta_0$) com a verosimilhança do modelo com as variáveis independentes na combinação linear. Sendo a verosimilhança (L) inferior a 1 usa-se por norma o $LL = Ln(L)$, que é um número negativo pelo que se multiplica por -2 para o tornar positivo e maior. O $-2LL$ revela-se um indicador da mediocridade do ajustamento do modelo aos dados, em que quanto maior for o $-2LL$ pior o ajustamento e se o $-2LL$ for igual a zero o ajustamento considera-se perfeito. Ou seja, para que o modelo se ajuste aos dados o $-2LL$ deve ser o menor possível e não significativo. Se $p\text{-value} \leq \alpha$ rejeita-se H_0 concluindo-se que pelo menos uma das variáveis independentes do modelo consegue prever o $Logit(\pi)$.

Outro método para testar o ajustamento do modelo completo é o Qui-quadrado de Pearson (Hosmer & Lemeshow, 2000). Com o objetivo de testar a significância dos coeficientes do modelo recorreu-se ao Teste de Wald (β^2/SE^2). No caso dos coeficientes serem muito grandes ou a dimensão da amostra pequena o valor de SE inflaciona, levando assim à rejeição de H_0 (inflação do erro tipo II). Em situações deste tipo é aconselhável testar a significância das variáveis com um Teste de Rácio de Verosimilhanças. Outra forma de avaliar a qualidade do modelo prende-se com o uso de *pseudo- R^2* (que devem ser interpretados com precaução), e que são o R^2 de Cox e Snell e o R^2 de Nagelkerke. O R^2_{CS} nunca atinge o valor 1 quando o ajustamento é perfeito. Nagelkerke (1991) propôs uma correção ao R^2_{CS}

de modo a variar entre $[0,1]$ (Maroco, 2010b). Por último, para a seleção de variáveis com poder preditivo na regressão logística múltipla optou-se pelo método *stepwise*, seleção *forward likelihood ratio*, em que a entrada de uma variável independente no modelo é feita em função da significância da estatística “score” e a remoção de uma variável no modelo é feita a partir da significância do teste do rácio de verosimilhanças baseado nas estimativas parciais de máxima verosimilhança do modelo (Maroco, 2010b). No *modelo de regressão logística múltipla* a variável dependente dicotómica corresponde à existência ou inexistência de comportamentos de autodano, avaliados pela Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação do Índice de Severidade da Perturbação *Borderline* da Personalidade (BPDSI-IV), e as variáveis independentes ou preditoras dizem respeito às variáveis em estudo (e.g., formas negativas do autocriticismo, autocompaixão, vergonha externa, emoções ligadas ao sistema de afeto positivo, dissociação, comparação social, comportamentos de submissão no adulto, raiva, e sintomas psicopatológicos).

Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW (Predictive Analytics Software) Statistics* (versão 17; SPSS Inc, Chicado, IL, USA).

5. Resultados

5.1. Análise preliminar dos dados

As variáveis em estudo foram analisadas quanto à normalidade da sua distribuição através do Teste de Kolmogorov-Smirnov, assim como os valores de assimetria e de achatamento. Pela análise da Tabela 8.5. verifica-se que as variáveis não possuem uma distribuição normal. No entanto, os valores de assimetria e de achatamento não revelaram graves enviesamentos (valores de *Skewness* -.003 e -1.127; valores de *Kurtosis* entre -.064 e 2.506) ($Sk < 3$ e de $Ku < 10$; Kline, 1998). A análise da presença de *outliers* foi efetuada com recurso à representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-*Box Plot*). Optou-se pela utilização de testes paramétricos (e.g., teste *t*-Student para amostras independentes) pela robustez que estes apresentam face a violações à normalidade das variáveis (Maroco, 2010b). Os pressupostos para a realização da análise de regressão logística múltipla foram validados no que respeita ao tamanho da amostra, à normalidade univariada e linearidade, ausência de multicolinearidade, independência dos erros e ausência de *outliers*. Apesar da aplicação dos pressupostos relativos à distribuição dos preditores ser mais flexível nesta análise, a presença de normalidade e linearidade entre os preditores pode aumentar o poder explicativo da regressão, porque uma combinação linear de preditores é usada para calcular a exponencial do β . Por outro lado, assume-se que os preditores contínuos são lineares com o *logit* da VD. Não existiu evidência de multicolinearidade entre as variáveis preditoras ($VIF < 5$) e a independência dos erros foi examinada através da análise dos resíduos.

5.2. Estatística descritiva

Na Tabela 8.5. são apresentados os valores da média, do desvio-padrão, mínimo, máximo, os valores de *Skewness* e de *Kurtosis*, e os valores de consistência interna obtidos para as variáveis em estudo. Todas as medidas revelaram valores de consistência interna que variaram entre razoáveis a muito bons.

De seguida, testaram-se as diferenças nos dois grupos clínicos (doentes com PBP com autodano e doentes com PBP sem autodano) em relação às médias nas variáveis em estudo. Para isso foram calculados os valores das médias e desvios-padrão para as referidas variáveis em estudo, bem como os valores de p e t , através do método paramétrico t -Student. No teste t -Student para amostras independentes respeitou-se o pressuposto da homogeneidade da variância em cada uma das comparações realizadas e, nos casos em que este ficou comprometido (heterocedasticidade), adotou-se a correção ao procedimento disponibilizada pelo *software* (Howell, 2007).

Tabela 8.5. Médias e desvios-padrão, valores mínimo e máximo, de *Skewness* e *Kurtosis* e alfa de Cronbach nas variáveis em estudo

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Mínimo	Máximo	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>	α
Vergonha Externa (OAS)	2.20	.82	.28	4.00	.13	-.23	.94
Eu Inadequado (FSCRS)	3.07	.69	.22	4.00	-1.13	2.51	.84
Eu Detestado (FSCRS)	2.28	.98	.00	4.00	-.36	-.68	.71
Eu Tranquilizador (FSCRS)	1.13	.77	.00	3.00	.66	-.24	.87
Compaixão Positiva (SELFCS)	6.31	2.05	3.00	14.10	.60	1.04	.90
Seguro (ETAP)	1.01	.79	.00	3.25	.74	-.07	.78
Ativo (ETAP)	1.69	.96	.00	3.50	-.02	-.95	.91
Comparação Social (ECS)	4.23	1.64	1.00	8.27	.00	-.45	.91
Comportamentos Submissão (SBS)	2.03	.72	.19	3.81	.28	-.20	.90
Dissociação (DES)	29.76	18.22	2.50	92.86	.70	.50	.94
Raiva Estado (STAXI)	1.78	.79	1.00	4.00	.93	-.09	.91
Raiva Traço (STAXI)	2.58	.61	1.30	4.00	.09	-.49	.85
Externalização da Raiva (STAXI)	2.04	.65	1.00	4.00	.56	.16	.83
Internalização da Raiva (STAXI)	2.62	.63	1.13	4.00	-.08	-.42	.77
Controlo da Raiva (STAXI)	2.20	.69	1.00	4.00	.55	-.06	.86
Afeto Positivo (PANAS)	2.19	.83	1.00	4.20	.59	-.54	.89
Afeto Negativo (PANAS)	3.43	.87	1.60	4.80	-.47	-.59	.87
Ansiedade (EADS-42)	1.41	.87	.00	3.00	.18	-1.12	.95
Depressão (EADS-42)	1.94	.90	.00	3.00	-.65	-.75	.97
Evitamento Experiencial (AAQ-II)	5.51	1.11	2.14	7.00	-.60	-.22	.87

Nota. OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Auto-tranquilização; SELFCS = Escala da Autocompaixão; ETAP = Escala de Tipos de Afeto Positivo; ECS = Escala da Comparação Social; SBS = Escala dos Comportamentos de Submissão; DES = Escala de Avaliação das Experiências Dissociativas; STAXI = Inventário da Expressão da Raiva Estado-Traço; PANAS = Escala de Afeto Positivo e Negativo; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; AAQ-II = Questionário da Aceitação e Ação.

Na Tabela 8.6. são apresentadas as médias e desvios-padrão para ambos os grupos clínicos com PBP, assim como as diferenças encontradas nas variáveis em análise.

Pela análise da Tabela 8.6., os resultados obtidos mostraram que existem diferenças significativas entre os grupos clínicos. O grupo dos doentes com patologia *borderline* com autodano tiveram pontuações médias mais levadas nas seguintes variáveis: na subescala *eu detestado* (FSCRS), $t_{(88)} = 4.07$, $p = .001$; na *vergonha externa* (OAS), $t_{(88)} = 2.79$, $p = .007$; na subescala *raiva estado* (STAXI), $t_{(88)} = 2.31$, $p = .024$; nos *comportamentos dissociativos*

(DES-II), $t_{(88)} = 2.94, p = .004$; nos *comportamentos de submissão* (SBS), $t_{(88)} = 2.31, p = .024$; no *afeto negativo* (PANAS), $t_{(88)} = 2.80, p = .006$; no *evitamento experiencial* (AAQ-II), $t_{(88)} = 2.40, p = .019$, comparativamente ao grupo de doentes *borderline* sem autodano (cf. Tabela 8.5.).

Por sua vez, os doentes com patologia *borderline* sem autodano obtiveram pontuações médias mais elevadas nas seguintes variáveis: na subescala *eu tranquilizador* (FSCRS), $t_{(88)} = -3.60, p < .001$; na *autocompaixão positiva* (SELFCS), $t_{(88)} = -3.35, p = .001$; na *comparação social* (ECS), $t_{(88)} = -2.38, p = .020$; no *afeto positivo* (PANAS), $t_{(88)} = -2.28, p = .025$, comparativamente aos doentes *borderline* com autodano (cf. Tabela 8.5.).

Tabela 8.6. Médias e desvios-padrão dos doentes com PBP sem autodano ($n = 41$) e dos doentes com PBP com autodano ($n = 47$), e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo

	Doentes PBP Com Autodano ($n = 47$)		Doentes PBP Sem Autodano ($n = 38$)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Vergonha Externa (OAS)	2.42	.80	1.94	.77	2.79	.007
Eu Inadequado (FSCRS)	3.14	.72	2.97	.65	1.14	.257
Eu Detestado (FSCRS)	2.64	.90	1.84	.90	4.07	.000
Eu Tranquilizador (FSCRS)	.88	.69	1.44	.75	-3.60	.001
Autocompaixão positiva (SELFCS)	5.67	1.76	7.07	2.13	-3.35	.001
Seguro (ETAP)	.95	.78	1.09	.81	-.81	.420
Ativo (ETAP)	1.64	.89	1.75	1.05	-.54	.590
Comparação Social (ECS)	3.86	1.63	4.69	1.55	-2.38	.020
Comportamentos Submissão (SBS)	2.18	.81	1.84	.55	2.31	.024
Dissociação (DES)	34.75	18.79	23.58	15.61	2.94	.004
Raiva Estado (STAXI)	1.94	.84	1.57	.67	2.31	.024
Raiva Traço (STAXI)	2.64	.61	2.49	.61	1.15	.254
Externalização da Raiva (STAXI)	2.14	.58	1.93	.71	1.51	.136
Internalização da Raiva (STAXI)	2.69	.65	2.54	.61	1.09	.277
Controlo da Raiva (STAXI)	2.17	.71	2.24	.67	-.42	.672
Afeto Positivo (PANAS)	2.01	.73	2.42	.90	-2.28	.025
Afeto Negativo (PANAS)	3.66	.75	3.15	.93	2.80	.006
Ansiedade (EADS-42)	1.56	.86	1.21	.86	1.87	.065
Depressão (EADS-42)	2.05	.90	1.78	.88	1.38	.172
Evitamento Experiencial (AAQ-II)	5.77	1.04	5.20	1.12	2.40	.019

Nota. OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Auto-tranquilização; SELFCS = Escala da Autocompaixão; ETAP = Escala de Tipos de Afeto Positivo; ECS = Escala da Comparação Social; SBS = Escala dos Comportamentos de Submissão; DES = Escala de Avaliação das Experiências Dissociativas; STAXI = Inventário da Expressão da Raiva Estado-Traço; PANAS = Escala de Afeto Positivo e Negativo; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; AAQ-II = Questionário da Aceitação e Ação.

5.3. Estudo da relação entre as variáveis preditoras do Comportamento de Autodano

5.3.1. Análises de correlação

Como referido anteriormente, o nosso interesse no presente estudo era testar a Teoria das Mentalidades Sociais e o Modelo do *Ranking* Social (Gilbert, 1989, 2000c, 2005d) numa amostra clínica de doentes com Perturbação *Borderline* da Personalidade. Neste estudo correlacional, o objetivo era observar a forma como as variáveis em estudo se comportavam na referida amostra, para a sua posterior inclusão no modelo de regressão categorial a aplicar. Por outro lado, esta análise permitiu também avaliar a existência de multicolinearidade entre as variáveis independentes (ou preditoras). Concretamente, pretendia-se verificar que rela-

ções significativas existiam entre as experiências do *eu* (autocriticismo e autocompaixão e vergonha externa), as emoções relacionadas com o sistema de regulação de afeto positivo (seguro e ativo), as variáveis de *ranking* social (comparação social e comportamentos de submissão), os comportamentos dissociativos, a raiva, o evitamento experiencial e os sintomas psicopatológicos. Assim, e no sentido de estudar a associação entre as variáveis supracitadas, realizou-se um estudo de natureza correlacional, para avaliar a grandeza das correlações entre as referidas variáveis. Na Tabela 8.7. são apresentados os coeficientes de correlação de Pearson obtidos nas medidas em análise, na amostra clínica com patologia *borderline*.

Como pode ler-se na Tabela 8.7., na amostra total de doentes com PBP, as correlações entre as VI ou preditores em estudo (e.g., formas do autocriticismo e autotranquilização (FSCRS), a vergonha externa atual (OAS), autocompaixão positiva (SELFCS), seguro e ativo (ETAP), afeto positivo e negativo (PANAS), comparação social (ECS) e comportamentos de submissão (SBS), dimensões da raiva (STAXI), dissociação (DES-II), ansiedade e depressão (EADS- 42) e evitamento experiencial (AAQ-II) são, na sua maioria, significativas e no sentido esperado da associação. Por razões de parcimónia e de interesse e ligação ao tema central desta investigação, destacaremos apenas alguns coeficientes de correlação. Como esperado, as formas negativas do autocriticismo apresentaram correlações moderadas e positivas com a *vergonha externa*, sendo a magnitude mais expressiva com o *eu detestado* ($r = .65; p \leq .01$). Apesar das formas negativas do autocriticismo se mostrarem associadas ($r = .56; p \leq .01$), destacou-se a correlação moderada e negativa entre o *eu detestado* e o *eu tranquilizador* ($r = -.59; p \leq .01$), com níveis elevados de *eu detestado* a corresponderem a menos autotranquilização e autocompaixão. Em relação à *autocompaixão positiva* (calor/compreensão, condição humana e *mindfulness*), os coeficientes de correlação revelaram-se significativos e negativos com o *eu detestado* ($r = -.30; p \leq .01$) e *vergonha externa* ($r = -.31; p \leq .01$) e positivos com o *eu tranquilizador* ($r = .65; p \leq .01$), o que sugere que uma orientação calorosa e compreensiva com o *eu*, procurando observar a experiência interna sem a evitar ou suprimir está associada a maior autotranquilização. Por sua vez, nesta amostra, os resultados obtidos com os diferentes tipos de afeto positivo associados à ativação de diferentes sistemas cerebrais (*ativo* e *seguro*) revelaram que ambos os afetos se correlacionaram positiva e significativamente com a autotranquilização, com coeficientes de correlação mais expressivos com o afeto *ativo* ($r = .51; p \leq .01$). Isto sugere que níveis elevados de afeto *seguro* e *ativo* correspondem a mais autotranquilização, como expectável. Curiosamente, e no sentido oposto, o afeto *seguro* correlaciona-se negativamente com o *eu detestado* ($r = -.31; p \leq .01$) e com a *vergonha externa* ($r = -.38; p \leq .01$), o que demonstra que a existência de emoções ligadas ao sistema de *soothing* estão associadas a menor ativação do sistema de defesa-ameaça (*vergonha externa* e autocriticismo na forma de *eu detestado*). Os comportamentos dissociativos mostraram-se associados

Tabela 8.7. Matrizes de correlação de Pearson entre as variáveis em estudo na amostra de doentes com PBP (N = 88)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Vergonha Externa (OAS)																				
2. Eu Inadequado (FSCRS)	.47**																			
3. Eu Detestado (FSCRS)	.65**	.56**																		
4. Eu Tranquilizador (FSCRS)	-.47**	-.21	-.59**																	
5. Compaixão positiva (SELFCS)	-.31**	-.20	-.30**	.65**																
6. Seguro (ETAP)	-.38**	-.16	-.31**	.48**	.41**															
7. Ativo (ETAP)	-.31**	-.05	-.18	.51**	.40**	.49**														
8. Comparação Social (ECS)	-.67**	-.28*	-.50**	.57**	.43**	.41**	.44**													
9. Comportamentos Submissão (SBS)	.61**	.27*	.47**	-.47**	-.16	-.15	-.32**	-.50**												
10. Dissociação (DES)	.53**	.20	.44**	-.44**	-.27*	-.35**	-.40**	-.34**	.45**											
11. Raiva Estado (STAXI)	.29**	.06	.28**	-.23*	-.18	-.23*	-.08	-.20	.19	.43**										
12. Raiva Traço (STAXI)	.49**	.33**	.38**	-.09	-.15	-.18	-.03	-.24*	.14	.37**	.39**									
13. Externalização da Raiva (STAXI)	.15	.21	.27*	.06	-.05	-.03	.24*	.02	-.15	.13	.23*	.71**								
14. Internalização da Raiva (STAXI)	.47**	.28**	.26*	-.23*	-.17	-.13	-.17	-.35**	.48**	.42**	.27*	.21	-.13							
15. Controlo da Raiva (STAXI)	.02	-.00	-.15	-.00	.08	.02	-.13	-.01	.18	.01	-.13	-.48**	-.68**	.32**						
16. Afeto Positivo (PANAS)	-.34**	-.24*	-.41**	.61**	.41**	.43**	.51**	.45**	-.37**	-.36**	-.09	-.10	-.12	-.13	.09					
17. Afeto Negativo (PANAS)	.43**	.37**	.43**	-.47**	-.38**	-.23*	-.21	-.34**	.45**	.46**	.50**	.21	.05	.37**	-.01	-.27*				
18. Depressão (EADS-42)	.50**	.26*	.40**	-.38**	-.26*	-.44**	-.37**	-.34**	.36**	.51**	.42**	.25*	.08	.36**	.06	-.41**	.58**			
19. Ansiedade (EADS-42)	.43**	.11	.32**	-.34**	-.15	-.31**	-.22*	-.24*	.26**	.60**	.54**	.34**	.18	.40**	-.01	-.32**	.51**	.78**		
20. Evitamento Experiencial (AAQ-II)	.51**	.31**	.45**	-.43**	-.48**	-.46**	-.37**	-.36**	.28**	.48**	.37**	.32**	.19	.45**	.05	-.26*	.56**	.53**	.47**	

Nota: *p ≤ .05; **p ≤ .01. OAS = Escala da Vergonha provocada pelos Outros; FSCRS = Escala das Formas do Autocriticismo e Autoranquilização; SELFCS = Escala da Auto compaixão (somatório das subescalas positivas); ETAP = Escala de Tipos de Afeto Positivo; ECS = Escala de Comparação Social; SBS = Escala de Comportamentos de Submissão; DES = Escala de Experiências de Dissociação; STAXI = Inventário da Expressão da Raiva Estado-Traço; PANAS = Escala de Afeto Positivo e Negativo; EADS-42 = Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Ação.

moderada e positivamente com a *vergonha externa* ($r = .53; p \leq .01$) e com o *eu detestado* ($r = .44; p \leq .01$), e negativamente com o *eu tranquilizador* ($r = -.44; p \leq .01$), correspondendo a níveis elevados de vergonha externa e autocrítica na forma de *eu detestado* a níveis elevados de dissociação. O contrário verifica-se na relação com a autotranquilização. A raiva, na sua dimensão *estado* e *traço*, mostrou-se significativamente correlacionada com as formas negativas do autocrítica e com a experiência de vergonha externa, com a *raiva traço* a apresentar coeficientes de correlação mais expressivos com a *vergonha externa* ($r = .49; p \leq .01$) e com o *eu detestado* ($r = .38; p \leq .01$). Estes resultados parecem sugerir que a disposição para perceber e avaliar uma série de situações como desagradáveis e para reagir com raiva intensa se associa à vivência de existir na mente dos outros de forma negativa (vergonha externa) e a níveis mais elevados de autocrítica na sua forma mais tóxica e patogénica. A subescala *externalização da raiva* mostrou-se correlacionada com o *eu detestado* ($r = .27; p \leq .05$), com o *afeto ativo* ($r = .24; p \leq .05$), com a *raiva estado* ($r = .23; p \leq .05$) e expressivamente com a *raiva estado* ($r = .71; p \leq .05$). Isto sugere que níveis elevados de raiva dirigida a pessoas ou a objetos correspondem a níveis mais elevados de raiva experienciada no momento, de autocrítica focado em sentimentos de desprezo e aversão pelo *eu* e de afeto positivo de excitação e energia. Em relação à *internalização da raiva*, verifica-se que apresentou correlações significativas com a maioria das variáveis em estudo, destacando-se as associações com magnitudes de correlação moderadas com a vergonha externa ($r = .47; p \leq .01$), a comparação social ($r = .35; p \leq .05$), os comportamentos de submissão ($r = .48; p \leq .01$) e a dissociação ($r = .42; p \leq .01$). O *controlo da raiva* mostrou-se significativa e negativamente correlacionado com a *externalização da raiva* ($r = -.68; p \leq .01$), a *raiva traço* ($r = -.48; p \leq .01$) e com a *internalização da raiva* ($r = -.32; p \leq .01$). Por último, o *evitamento experiencial* apresentou associações positivas de maior grandeza com a *vergonha externa* e com o *eu detestado* ($r = .51; p \leq .01$ e $r = .45; p \leq .01$, respetivamente). Como esperado, as associações com o *eu tranquilizador* e com a *autocompaixão positiva* são moderadas, negativas e estatisticamente significativas (cf. Tabela 8.7.), assim como as associações obtidas entre o *evitamento experiencial* e o *afeto negativo* com uma magnitude de correlação alta e positiva ($r = .56; p \leq .01$). Isto sugere que os indivíduos que acreditam existir na mente dos outros de forma negativa, que se auto-criticam com sentimentos de desprezo e repugnância pelo *eu* (e com menos autotranquilização e autocompaixão) e que experienciam afeto negativo terão níveis mais elevados de evitamento experiencial.

Em suma, os resultados obtidos neste estudo correlacional indicaram que as variáveis independentes em estudo se mostraram significativamente correlacionadas entre si, e no sentido esperado da relação. Globalmente, os dados obtidos evidenciam que as relações entre o autocrítica e autocompaixão e algumas das restantes variáveis (e.g., vergonha externa, dissociação, afeto negativo) se mostraram mais expressivas, nesta amostra, do que as obtidas noutras amostras (e.g., população não clínica; cf. Capítulos 5 e 6).

5.3.2. Estudo dos preditores dos Comportamentos de Autodano

Tendo em consideração o enquadramento teórico subjacente, a natureza dos construtos em análise, as necessidades e questões por esclarecer decorrentes da nossa prática clínica com estes doentes e a própria fenomenologia específica da sintomatologia *borderline*, impunha-se avaliar a forma como a existência de uma relação do *eu* com o *eu* crítica, de ataque e condenação *versus* compassiva, calorosa e aceitante poderá influenciar o aparecimento de comportamentos de autodano (cf. Figura 8.2.). Pretende-se testar um modelo dos fatores proximais de risco ou preditores dos comportamentos de autodano, contextualizados à luz da teoria das mentalidades sociais, e examinar a contribuição das formas negativas do autocrítico e da autocompaixão e das variáveis de *ranking* (vergonha externa, comparação social e comportamentos de submissão) para o desenvolvimento destes comportamentos. Constitui um estudo inovador e promissor no sentido em que, a comprovarem-se as hipóteses previamente formuladas, dará um contributo significativo ao estado da arte relativa ao autodano e à Perturbação *Borderline* da Personalidade, tão desafiantes quanto complexos.

Os resultados obtidos e descritos acima, provenientes de análises univariadas, permitiram confirmar a existência de algumas diferenças esperadas entre os dois grupos de doentes com PBP (sem autodano e com autodano), nas variáveis em estudo. Assim, com o objetivo de explorar a adequação do modelo proposto do autocrítico e autocompaixão para distinguir doentes com Perturbação *Borderline* da Personalidade sem autodano e com autodano, realizou-se uma análise de regressão logística, com a variável dicotómica autodano (ausência *vs* presença) como variável dependente ou critério. Ou seja, testou-se o impacto das variáveis predictoras em análise na probabilidade dos doentes com PBP manifestarem comportamentos de autodano.

O Teste de Hosmer e Lemeshow² (2000) compara as frequências observadas com as esperadas, sendo que se o valor de prova da estatística for maior que .05, considera-se que o modelo apresenta qualidade de ajustamento. Isto significa que não existem diferenças entre os valores observados e os modelos de previsão, o que traduz que os dados são estimados num nível aceitável. No primeiro passo a variável adicionada ao modelo é a subescala *eu detestado* (FSCRS), $\chi^2_{(8)} = 6.928$; $p = .544$, e no 2º passo a variável adicionada é a *autocompaixão positiva* (SELFCS), $\chi^2_{(8)} = 12.197$; $p = .143$. Verificou-se que, em ambos os passos, o modelo ajusta-se adequadamente aos dados. Por sua vez, o teste Omnibus³, avalia se o modelo pro-

² A regressão logística assume uma relação linear entre os preditores contínuos e a transformação *logit* da VD. O método estatístico que permite confirmar a presença/ausência da assunção da linearidade entre preditores é o teste de Hosmer e Lemeshow (2000). Esta assunção é violada se 1 ou mais dos termos de interação adicionados se mostrar estatisticamente significativa (Tabachnick & Fidell, 2007).

³ O teste Omnibus ou teste de Rácio de Verossimilhanças usa-se para testar não só a significância do modelo, como para comparar modelos aninhados com diferentes combinações de variáveis independentes relativamente ao modelo completo (Maroco, 2010b, pp.697).

posto, mais complexo, com o seu conjunto de preditores é significativamente diferente do modelo mais simples, com a constante apenas. A constatação de um valor de prova estatisticamente significativo (inferior a 5%) indica que existe pelo menos uma variável independente no modelo com poder preditivo sobre a nossa variável dependente (ausência *vs* presença de autodano). A maior significância ocorre no modelo do segundo passo, $\chi^2_{(2)} = 21.783$; $p \leq .001$, o que sugere que o modelo apresenta uma boa adequação aos dados.

Outra forma ainda de avaliar a qualidade do modelo é através da dimensão do efeito do modelo (*pseudo-R*²), com os valores de *R*² de Cox e Snell (1989) e *R*² de Nagelkerke (devem ser interpretados com precaução). Relativamente ao *R*²_N, este corresponde parcialmente ao *R*² dos modelos lineares (proporção de variância explicada pelo modelo, variando entre 0 e 1) com o valor obtido no 2º passo de .309, podendo igualmente exprimir a percentagem de redução de incerteza da variável dependente. O valor obtido de *R*²_{CS} foi de .231, em que modelo encontrado explicou entre 23.1% e 30.9% da variância no comportamento de autodano. Estes valores revelam um modelo com qualidade adequada.

Verificou-se ainda pela análise da *Tabela de Classificação* que, para um ponto de corte de .5, o modelo classificou corretamente 72.3% dos doentes com PBP usados para criar o modelo, tendo sido adequadamente classificados 62.2% dos doentes *borderline* sem autodano e 80.4% dos doentes *borderline* com autodano. Finalmente, o último quadro relevante do *output*, “Modelo se os Termos forem Removidos”, apresenta as variações de *-2LL* do modelo e a sua significância se as variáveis, adicionadas em cada passo, forem removidas. Como a remoção conduziu à diminuição do *-2LL* isto significa que o modelo mantém a sua qualidade de ajustamento.

O nosso modelo final que estima a probabilidade ($\hat{\pi}$) de ter “comportamentos de autodano” revelou a existência de dois preditores significativos, o *eu detestado* e a *autocompaixão positiva* com uma contribuição estatisticamente significativa para o modelo apresentando *odds ratio*⁴ (OR), respetivamente, de 2.373 e de .734 (Tabela 8.8.). A Tabela 8.8. resume os coeficientes de regressão logística e a sua significância no modelo.

Tabela 8.8. Análise de Regressão Logística que prediz a probabilidade do Comportamento de Autodano

Variável	B	EP	χ^2	df	p	Exp (B)	IC 95% para Exp(B)	
							Inferior	Superior
1ºPasso								
Eu Detestado (FSCRS)	.996	.278	12.873	1	.000	2.707	1.571	4.663
Constante	-2.031	.672	9.152	1	.002	.131		
2ºPasso								
Eu Detestado (FSCRS)	.864	.292	8.766	1	.003	2.373	1.339	4.206
Autocompaixão Positiva (SELFCS)	-.309	.135	5.238	1	.022	.734	.564	.957
Constante	.240	1.182	.041	1	.839	1.271		

Nota. FSCRS = Escalas da Formas do Autocriticismo e Autotranquilização; SELFCS = Escala da Autocompaixão (somatório das subescalas positivas).

⁴ Os *odds ratio* ou $Exp(\beta)$ é a exponencial dos coeficientes do modelo, e estima o rácio das *chances* da variável dependente por unidade da variável independente.

Como pode ler-se na Tabela 8.8., o rácio das *chances* de ter comportamentos de autodano é de 2.373 na presença do *eu detestado*, isto é, as *chances* (magnitude do efeito ou *effect size*) aumentam $100 \times [2.373 - 1] = 137.3\%$ quando os doentes com PBP apresentam um estilo autocrítico focado em sentimentos de repugnância e desprezo pelo *eu* e no desejo de perseguir e punir o *eu*. De modo semelhante, a variação percentual do rácio das *chances* de ter comportamentos de autodano relativamente a *autocompaixão positiva* é de $100 \times [.734 - 1] = -26.6\%$, ou seja, as chances de ter comportamentos de autodano decrescem 26.6% quando passamos do *eu detestado* para a *autocompaixão positiva*. Dito de outra forma, a probabilidade de ter comportamentos de autodano, por oposição a não ter comportamentos de autodano, diminui por um fator de .734, pelo aumento de uma unidade no compósito *autocompaixão positiva*, ou seja, os doentes com PBP com uma relação com o *eu* mais calorosa e tranquilizadora, sentindo que o seu sofrimento faz parte de uma condição humana maior e aceitando a sua experiência interna apresentam uma menor probabilidade de manifestarem comportamentos de autodano. Por oposição, a probabilidade de manifestar comportamentos de autodano aumenta por um fator de 2.373 em relação ao *eu detestado*, ou seja, os doentes com PBP que apresentam autocriticismo neste formato tóxico e patogénico têm mais probabilidade de manifestarem comportamentos de autodano. Os IC das variáveis *eu detestado* e *autocompaixão positiva* não contém o valor 1. Assim, os seus *odds ratio* são estatisticamente significativos.

6. Discussão

“...o cortar é para mim uma postura de libertação perante a dor e o sofrimento... Antes de me cortar, parece que há alguma coisa dentro de mim que não vai aguentar e vai rebentar! Sinto-me horrível, sinto que estou sozinha, que nunca vou conseguir fazer nada da vida. Tenho muito medo. Muito, muito medo, não sei bem de quê. Sempre tive muito medo. O cortar-me faz com que sinta uma libertação extasiante desse sofrimento, como se fosse uma troca de dores...Gosto de ver o sangue a sair dos braços. Sinto-me bem. É um momento só meu, que faço sozinha. Depois, parece que a dor volta... Ainda mais forte. Sinto-me fraca por não conseguir parar de me cortar. Sinto-me frágil e inferior aos outros porque eles conseguem lidar com as coisas e eu não. E as marcas que ficam, todos os dias olho para elas e sinto vergonha. Sinto-me muito mal por ter estas marcas... Passo a vida a desvalorizar-me, a achar que sou burra, que não presto, que sou má...má... que não tenho capacidades e que sou inferior aos outros...” (Doente com PBP, 24 anos)

O modelo evolucionário e do *ranking* social postula que as mentes humanas são produtos do processo evolutivo preparadas para seguir uma série de motivações relacionadas com objetivos sociais específicos para o desempenho de determinados tipos de papéis sociais (procura de cuidados, prestação de cuidados, competição por recursos (dominância-submissão), construção de alianças e cooperação e ligação sexual) (Buss, 2004; Gilbert, 1989, 1992c). Possuímos, então, dois sistemas de organização psicobiológica básicos (defesa e segu-

rança) ligados a estratégias especializadas no desempenho de papéis sociais. Os sistemas de detecção e resposta da ameaça (luta-fuga-congelamento-submissão) estão localizados nos sistemas cerebrais filogeneticamente mais antigos, podendo ser ativados rapidamente. Por sua vez, as capacidades de processamento mais complexas, como reavaliar ou substituir a interpretação inicial da ameaça, ou ainda não agir perante a mesma, estão ligadas a sistemas cerebrais recentes (mais evoluídos) (córtex frontal) (LeDoux, 1998; Panksepp, 1998). Em contextos de elevada ameaça, o pensamento complexo é desligado em favor de ações rápidas, surgindo no imediato heurísticas e estilos estereotipados de atenção, pensamento e comportamento (Beck, 1985; Gilbert, 1998a). A crescente e sofisticada investigação sobre a imagiologia cerebral e o condicionamento e ainda sobre o processamento da informação têm elucidado sobre a forma como as estratégias (para uma rápida detecção de ameaças e oportunidades) podem influenciar o processamento e as emoções, ao nível tácito, ou seja, sem que o indivíduo delas tenha consciência. Um estudo recente levado a cabo por Longe e colaboradores (2010) acerca dos correlatos neuronais do autocrítico e da autotranquilização revelou que o autocrítico está associado à região do córtex pré-frontal dorsolateral e ao cíngulo anterior dorsal, o que significa que este estimula áreas corticais especificamente relacionadas com o processamento do erro (e sua resolução) e com a inibição comportamental. Gilbert (1989, 2000c, 2005d) e Gilbert e Irons (2005) sugeriram também que estes processos internos (autocrítico e autocompaixão) podem estimular os mesmos sistemas e circuitos neurofisiológicos relacionados com as críticas e reforços vindos dos outros. Tanto o autocrítico como a vergonha constituem processos focados na ameaça-defesa associados a respostas automáticas de subordinação involuntária. De facto, perceber as situações como ameaçadoras (externas e internas) e acreditar que “os outros veem o *eu* de forma negativa e desvalorizada” (experiência de vergonha) encontra-se presente em várias perturbações, como a ansiedade social, os distúrbios alimentares, a depressão e as perturbações de personalidade (Gilbert & Irons, 2005). A investigação tem mostrado ainda que os indivíduos autocríticos podem sentir-se controlados, derrotados e encurralados pelos seus próprios ataques internos, e que é a qualidade e força das emoções negativas associadas ao autocrítico, em especial a raiva, aversão e desprezo autodirigidas que confere o carácter patogénico ao autocrítico (Whelton & Greenberg, 2005). Além disso, o autocrítico não é um processo unitário, é complexo, com formas e funções específicas e determinante em diversos quadros psicopatológicos, como a depressão (Blatt & Zuroff, 1992; Gilbert, 2000c; Gilbert & Irons, 2005; Pinto-Gouveia et al., 2011; Teasdale & Cox, 2001), nos comportamentos de autodano (Babiker & Arnold, 1997; Castilho et al., 2011; Irons et al., 2006;), na agressão e raiva (Gilbert & Miles, 2000; Tangen & Dearing, 2002) e na perturbação de *stress* pós-traumático (Harman & Lee, 2005).

Pelas razões apontadas, e pela revisão da literatura científica e clínica relativa à patologia *borderline* e aos comportamentos de autodano (cf. Introdução), o estudo apresentado explorou a contribuição das formas do autocriticismo e autotranquilização, vergonha, comparação social e comportamentos de submissão para o autodano em doentes com perturbação *borderline* da personalidade. Relativamente à amostra clínica, os dados encontrados estão de acordo com a literatura revista, em que os doentes com PBP apresentam, como esperado, outras perturbações comórbidas, em particular com a Perturbação Depressiva Major (Gunderson, 2008; Zanarini et al., 1998, 2004; Zimmerman et al., 2005). Além disso, é maioritariamente constituída por mulheres (90.91%), e a média de idades do total da amostra situa-se no período da adultez. Estes resultados corroboram os dados de diversos estudos epidemiológicos (Linehan, 1993; Linehan & Heard, 1999; Paris, Brown, & Nowlis, 1987). Por sua vez, no que diz respeito ao autodano o tipo de comportamento mais frequente nos doentes com PBP da amostra foi o “bater com a cabeça, com o punho, ou qualquer outra parte do corpo contra alguma coisa, ou partir um vidro com o punho ou com qualquer outra parte do corpo” (78.7%), seguido do “cortar-se” e do “arranhar-se ou beliscar-se”, ambos com a mesma taxa de frequência relativa (51.1%). Mais uma vez, os dados encontrados confirmam os resultados de estudos realizados sobre o autodano, em populações clínicas (Briere & Gil, 1998; Favazza & Conterio, 1989; Herpertz, 1995; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Linehan, 1993; Nijman et al., 1999; Nock et al., 2006; Suyemoto, 1998), e em populações não clínicas (adolescentes e adultos) (Klonsky et al., 2003; Klonsky & Glenn, 2008a; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006).

De seguida, com o propósito de analisar as diferenças entre os dois grupos clínicos nas variáveis em estudo realizaram-se testes *t*-Student. Os resultados obtidos mostraram, como hipotetizado, que os doentes *borderline* com comportamentos de autodano se diferenciam dos doentes *borderline* sem autodano nas formas negativas do autocriticismo (*eu detestado*), na autocompaixão, na vergonha e variáveis de *ranking*, nos comportamentos dissociativos, na intensidade dos sentimentos de raiva no momento atual, no afeto negativo e positivo e no evitamento experiencial. Globalmente, estes dados parecem sugerir que os doentes *borderline* com autodano são mais perturbados em termos psicopatológicos e com mais dificuldades na regulação e modulação emocional, comparativamente aos doentes com PBP sem autodano, na medida em que apresentam pontuações mais elevadas nos diversos indicadores de psicopatologia estudados (e.g., autocriticismo, vergonha, afeto negativo, evitamento experiencial, dissociação), traduzindo a sua presença a inexistência de competências eficazes de lidar com as dificuldades emocionais, interpessoais e comportamentais características deste quadro clínico. Isto pode ser explicado pelo facto do autodano parecer ser o critério prototípico dos doentes com PBP, no sentido em que é o sintoma mais amplamente associado ao diagnóstico de perturbação *borderline* de personalidade (69-90%) (Linehan, 1993b; Schaffer et al., 1982;

Skodol et al., 2002), tendo sido mesmo considerado por Mack (1975) o “marcador comportamental específico” da patologia *borderline* (Gunderson, 1984, 2008; Sansone, 2004). Ainda no apoio desta argumentação, e apesar do autodano ser um sintoma transdiagnóstico, constitui um dos nove critérios diagnósticos da perturbação *borderline* da personalidade (APA, 1994, 2002; Linehan, 1993b; Klonsky, 2007; Gratz & Chapman, 2009; Gunderson, 2008). No seu conjunto, os critérios *borderline* incluem instabilidade em várias áreas da vida do doente. São doentes que lutam diariamente com as suas emoções intensas, têm relações caóticas, dicotómicas e desorganizadas com os outros, o sentido do *eu* é indefinido descrito na maioria das vezes por “não sei quem sou, nem quem deveria ser” e com comportamentos impulsivos e autodestrutivos difíceis de controlar. Mais ainda, diversos estudos têm evidenciado que a presença de comportamentos de autodano aumenta de forma significativa o risco de suicídio (Hawton, Zahal, & Weatherall, 2003 citado por Feigenbaum, 2010), morte accidental ou invalidez permanente (Sinclair, Hawton, & Gray, 2009 citado por Feigenbaum, 2010), continuando por esclarecer de forma empírica essa ligação. Contudo, a maioria dos comportamentos de autodano associados à patologia *borderline* da personalidade parecem ser pouco letais, não representando uma genuína intenção de cometer suicídio. Isto pode dever-se, por um lado, ao facto da ideação genuína de suicídio ser menos frequente do que o autodano, por outro lado, porque relatar pensamentos de suicídio não equivale necessariamente a uma intenção de ameaça real à vida e ao instinto de conservação e, por último, porque nesta patologia a ideação suicida ser muitas vezes um estado crónico relacionado com uma variedade de fatores interpessoais. É consensual na comunidade científica que o autodano, como sintoma de desregulação comportamental, funciona como uma tentativa falhada de regulação da ativação emocional intensa ou de controlo das consequências inevitáveis relacionadas com emoções instáveis e intensas. Muitas vezes, em contexto de consulta, os doentes *borderline* descrevem que a função dos seus comportamentos é escapar da vida intolerável e insolúvel que têm. Um estudo levado a cabo numa amostra com 75 doentes *borderline*, do género feminino, com várias tentativas de suicídio mostrou que os motivos para os comportamentos de autodano e mutilação estavam relacionados com o expressar da raiva, a autopunição, o expressar e regular sentimentos negativos, e que eram significativamente distintas das da intenção suicida (e.g., fazer os outros sentirem-se melhor) (Ivanoff, Linehan, & Brown, 2001). No mesmo sentido, Brown (2002) argumenta que o para-suicídio crónico (e.g., autodano) poderá ser conceptualizado como uma forma de escapar de emoções negativas, como a vergonha, assim como um ataque agressivo contra o *eu* em resposta a emoções autoconscientes (vergonha, culpa, autodesprezo, nojo, raiva autodirigida), e serão exatamente estas emoções intensas (vergonha, raiva, desprezo, nojo) que poderão estar mais associadas à ideação e atos específicos de parasuicídio. Outros estudos têm mostrado ainda que o autodano se associa com experiências de abuso sexual na infância (Linehan, 1993b), com os com-

portamentos dissociativos (Briere & Gil, 1998; van der Kolk, Perry, & Herman, 1991; Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 1999), com a ansiedade (Briere & Gil, 1998; Simeon et al., 1992;) e com a depressão (Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001). Portanto, o autodano será então um comportamento defensivo, de evitamento de estados emocionais intensos, pensamentos negativos, sensações somáticas ou situações indesejáveis (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Feigenbaum, 2010; Gratz, 2003, 2007; Klonsky et al., 2003; Klonsky & Glem, 2009; Linehan, 1993a, 1993b; Linehan et al., 2006), com um efeito subsequente e imediato de alívio da dor e sofrimento emocional. Simultaneamente, a existência destes comportamentos desencadeia, muitas vezes, reações negativas nos outros levando ao isolamento social, a sentimentos de vergonha e mais sofrimento e ativação emocional negativa (círculo vicioso). Além disso, a vergonha e a culpa que habitualmente acompanham o comportamento de autodano parecem exacerbar a ativação emocional negativa, assim como o isolamento, também explicado pelas consequências físicas do autodano (e.g., cicatrizes) (Favazza, 1989a, 1998; Favazza & Conterio, 1989; Linehan, 1993b; Linehan et al., 2006; Suyemoto, 1998).

Outro resultado interessante e que confirma as hipóteses formuladas prende-se com o autocrítica na sua forma mais tóxica e patogénica, o *eu detestado*, com os doentes *borderline* com autodano a apresentarem valores mais elevados de autocrítica focado em sentimentos de repugnância/nojo e ódio pelo *eu* e cognições de ataque, perseguição e punição em relação ao *eu*. No mesmo sentido, Gilbert e colaboradores (2009) encontraram que o autocrítica na sua forma de autoataque e perseguição está associado aos comportamentos de autodano e estado de humor (e.g., depressão). Numa amostra de adolescentes, Castilho e colaboradores (2011) encontraram o mesmo resultado com os adolescentes com psicopatologia com autodano a apresentarem níveis mais elevados de *eu detestado*, comparativamente aos adolescentes com psicopatologia sem autodano e normais. Por último, as diferenças também encontradas entre os grupos no que concerne à dissociação e evitamento experiencial estão de acordo com a literatura empírica e clínica (Briere & Gil, 1998; Favazza & Conterio, 1989; Favazza, 1989b; Hayes et al., 1996; Suyemoto, 1998). Estudos transversais mostraram que a ideação suicida, as tentativas prévias de suicídio e os sintomas dissociativos se correlacionam significativamente com os comportamentos de autodano (Lieb et al., 2004; Skodol et al., 2002).

Partindo dos resultados obtidos nas análises anteriores, estabeleceu-se como objetivo principal deste estudo explorar os potenciais preditores de pertença para o autodano, que permitam distinguir os doentes *borderline* com autodano dos doentes *borderline* sem autodano. Para o efeito, realizou-se uma análise de regressão logística múltipla. O modelo resultante desta análise classifica adequadamente 80.4% dos doentes com PBP com autodano e 62.2% dos doentes com PBP sem autodano. Isto significa que o modelo obtido é sensível, classificando adequadamente a maioria dos doentes com PBP com comportamentos de

autodano. A percentagem de classificação correta para os doentes com PBP sem autodano é menor, e a explicação para este resultado poderá estar relacionada com o instrumento utilizado na avaliação dos sintomas *borderline* (BPDSI IV; cf. Capítulo 3, ponto 3). O BPDSI IV é uma entrevista estruturada que avalia a frequência e o grau de severidade dos nove critérios *borderline*, nos últimos três meses, à data da avaliação. Ora, é provável que muitos dos doentes *borderline* avaliados sem comportamentos de autodano, nos últimos três meses, possam manifestar à *posteriori* esses comportamentos, ou que apesar de ser um comportamento habitualmente usado não o registaram no período referente na entrevista. Isto pode ter contribuído para alguma dificuldade na classificação fidedigna da variável dependente. Além disso, este comportamento não é algo rígido e dicotómico; é uma entidade dinâmica multifacetada explicada por uma variedade de fatores (i.e., o doente não tem neste momento autodano, mas isso não significa que não possa vir a ter se confluírem determinados fatores). O modelo obtido permitiu identificar dois preditores, o *eu detestado* (FSCRS) e a *autocompaixão positiva* (SELFCS), com contribuição significativa para o modelo, sendo capazes de distinguir os doentes *borderline* com autodano dos doentes *borderline* sem autodano. Estes dados sugerem que os doentes com um estilo autocrítico focado em sentimentos de repugnância/aversão e ódio e no desejo de punir, perseguir ou agredir o *eu*, e com uma menor tolerância, cuidado, compreensão pelo *eu*, sentindo a sua experiência como algo isolado do mundo e com dificuldades na aceitação e no distanciamento da sua experiência interna dolorosa (menor autocompaixão) têm maior probabilidade de manifestarem comportamentos de autodano. Os resultados obtidos apoiam a nossa hipótese principal de que estas experiências autoavaliativas são fundamentais para a compreensão do autodano. Ao mesmo tempo, são dados que ajudam a clarificar o que poderá diferenciar os doentes com e sem autodano, dando um contributo interessante e fundamental na investigação e análise dos potenciais antecedentes deste comportamento complexo e multideterminado. A inclusão destas variáveis fazia todo o sentido por várias razões, algumas delas apontadas ao longo da dissertação, e outras mais específicas explanadas no ponto da introdução deste estudo (cf. Figura 8.2.). É conhecido e empiricamente aceite que os indivíduos que experienciam abuso e maus tratos na infância e adolescência, na forma de insultos, criticismo excessivo e atitudes intrusivas e de controlo, ou ainda na forma de violência e abuso físico e/ou sexual, podem internalizar e construir uma visão de si próprios similar à dos outros, com cognições descritoras negativas “não presto, sou mau, sou estúpido, ninguém gosta de mim”. Estas cognições apresentam uma textura e tonalidade afetiva negativa intensa (raiva, vergonha, repugnância) (em alguns casos como se fosse a voz do abusador dentro da cabeça), traduzindo uma relação interna de ataque e dominância que ativa estratégias defensivas de derrota e submissão (autocriticismo). E é exatamente a associação entre este assédio interno e as emoções autodirigidas como a raiva, o desprezo, ou até mesmo o ódio ou aversão (Gilbert et al., 2004; Whelton & Greenberg, 2005) que confere o

caráter patogénico ao autocriticismo. A qualidade e o tipo de respostas emocionais experienciadas são responsáveis pela ativação de estratégias defensivas, como o evitamento emocional, o abuso de substâncias e drogas ou o autodano (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert et al., 2009). Percebe-se, então, que os doentes *borderline*, pelas razões apontadas e pelo seu padrão vincu-lativo (desorganizado) inter e intrapessoal, possam ser mais autocríticos, com marcadas dificuldades em aceder ao sistema de afeto positivo de *soothing* no seu processamento interno do *eu* com o *eu* (Gilbert, 2000c, 2005d; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert et al., 2009; Lee, 2005; Liotti, 1993, 2000; Longe et al., 2009). Isto pode explicar também as enormes dificuldades sentidas por estes doentes na regulação emocional de situações de ameaça e *stress* e na afiliação aos outros. São doentes que na prática clínica e na relação terapêutica experienciam enorme desconforto com a proximidade e suporte, em que o desenvolvimento de competências de autocompaixão (sistema de *soothing*) é causador de enorme desconforto, tristeza, dor e vergonha (medo da compaixão) (Gilbert, 2010; Gilbert & Leahy, 2007; Liotti, 2007), e em alguns provoca estados dissociativos associados.

Em suma, os dados obtidos neste estudo permitem perceber que os doentes com PBP que apresentam autocriticismo no formato mais tóxico e patogénico, com sentimentos de autodesprezo e repugnância e com cognições de ataque e de perseguição do *eu* têm mais probabilidade de se envolverem em comportamentos de autodano, como forma de evitar ou obter controlo ou alívio em relação à ativação emocional intensa sentida (Chapman, Matthew, & Celluci, 2005; Glenn & Klonsky, 2009; Gratz & Chapman, 2009; Linehan, 1993b). Pela sua natureza são resultados de relevância teórica e clínica. Não só pelo seu caráter inovador, mas por destacarem o papel do autocriticismo, em particular do *eu detestado*, e da ausência de autocompaixão e de sentimentos de segurança, tranquilização e de conexão com o *eu*, no comportamento de autodano em doentes com patologia *borderline*. O autocriticismo na sua forma mais tóxica e patológica, *eu detestado*, constitui um processo poderoso e importante para a patoplastia deste sintoma *borderline*. Contudo, dada a natureza multideterminada do autodano revela-se imperioso continuar a investigar as suas causas e a explorar que experiências (ou combinações de experiências) contribuem para a sua manutenção e tratamento (Yates, 2004; Klonsky, 2007)

7. Implicações clínicas

O presente estudo procurou perceber a contribuição das formas do autocriticismo e da autocompaixão para o autodano em doentes com PBP. Os resultados obtidos mostraram que, de um largo conjunto de variáveis, apenas o *eu detestado* e a ausência de autocompaixão se mostraram preditores de pertença significativos do grupo de doentes *borderline* com autodano. Tendo a noção de que estes resultados não explicam na totalidade a natureza e complexidade da PBP e do autodano, acrescentam informação importante ao estado da arte com implicações clínicas relevantes.

A principal implicação clínica prende-se com a importância de, com os doentes *borderline* com autodano, se avaliar funcionalmente o autocrítico, formas e funções, estímulos contextuais ativadores e, sobretudo, a qualidade e tipo de afeto negativo associado (e.g., raiva, aversão e/ou nojo, vergonha). O autodano parece funcionar como uma estratégia disfuncional de regulação emocional, mantida por processos operantes (reforço negativo) (cf. Figura 8.2.) (Linenhan, 1993b), sendo crucial para lidar com a ativação emocional negativa relacionada com a dimensão mais tóxica e patogénica do autocrítico. A Terapia Focada na Compaixão (TFC) (Gilbert, 2010) procura desenvolver “uma mente compassiva” que recruta sistemas neurofisiológicos (sistema de afeto positivo de *soothing*) que facilitem as experiências de tranquilização, *safeness* e bem-estar. Tendo em consideração os conceitos de esquemas e regras, nucleares para o modelo e terapia cognitiva, na abordagem evolucionária e das mentalidades sociais estes representam sintomas que traduzem orientações condicionadas estratégicas, associadas a importantes mediadores neuropsicológicos, com funções específicas (Gilbert, 2000c, 2005b; Teicher, 2002). Sabemos através da prática clínica (e não só) que algumas destas estratégias tornam a aprendizagem difícil. Por exemplo, indivíduos psicopatas achariam razoavelmente fácil aprender regras e crenças que permitissem ou justificassem o homicídio e a tortura, no entanto os indivíduos afiliativos considerariam isto muito difícil. Pelo contrário, aqueles considerariam que aprender a desenvolver compaixão pelos outros seria impossível de alcançar. Assim, para os indivíduos provenientes de ecologias hostis, com elevada vergonha e autocrítico, com autodano e com psicopatologia (sobretudo patologia do Eixo II, PBP), seria útil e eficaz introduzir outras formas mais evoluídas de processar os pensamentos e sentimentos (Teasdale, 1999), ajudando os doentes a recrutar e a amadurecer afetos mais positivos e calorosos (Greenberg, 1990, 1993) e, em particular, a desenvolverem autocompaixão (Gilbert, 2000a). Estas técnicas tentam criar um ambiente interior mais benigno e apaziguador, no qual o indivíduo não se sente continuamente assediado pelo seu próprio autocrítico e autoataque, e vencido pelas emoções intensas e negativas. Este ambiente interior mais benigno ajuda e protege o indivíduo da ameaça e facilita a ativação de afeto positivo fundamental para o bem-estar, felicidade e conexão social. Tal como na terapia cognitiva (Beck, 1976), a TFC pressupõe que para compreender a psicopatologia e o seu tratamento, temos de ir para além de tudo o que se acredita (do inglês, *beyond belief*).

8. Limitações e futuras investigações

Apesar do carácter promissor dos resultados acima apresentados, determinadas limitações devem ser apontadas. Uma das limitações relaciona-se com a natureza transversal do estudo apresentado. No futuro, seria interessante efetuar estudos de natureza prospetiva ou longitudinal que permitissem compreender melhor a relação causal entre as variáveis estuda-

das (autocriticismo e autocompaixão e vergonha) e o autodano na PBP, no sentido de perceber o que acontece ao comportamento de autodano ao longo do tempo, quer em relação aos seus antecedentes (e.g., história de abuso sexual, autocriticismo, ideação suicida), quer em relação aos fatores de manutenção (e.g., evitamento experiencial). Por outro lado, dada a existência de várias definições deste construto (não sendo claro para alguns autores a sua diferenciação da intenção suicida), faria sentido replicar o estudo com uma medida mais objetiva e robusta de autodano, que abrangesse a natureza multidimensional e contextual deste comportamento, conjuntamente com uma entrevista clínica estruturada que permitisse avaliar a frequência, as razões e funções, os contextos e as texturas emocionais relacionadas com o autodano. A entrevista estruturada específica para avaliar sintomas *borderline* usada neste estudo (BPDSI-IV) (cf. Capítulo 3, ponto 3) mede a frequência desses sintomas (de acordo com os nove critérios clínicos da PBP; DSM-IV, 1994) nos últimos três meses. Isto constituiu uma limitação pelo constrangimento temporal. Além disso, ter ou não ter autodano não é um processo dicotómico ou estático, ou seja, se o doente nunca manifestou esse comportamento de desregulação nada garante que não o possa vir a fazer ou que já tenha feito. Acresce referir também que a maioria dos doentes incluídos no estudo fazia terapia farmacológica aquando da recolha da amostra, pelo que isso poderá ter enviesado os dados referentes à avaliação de certos sintomas *borderline* (autodano). Outra limitação prende-se com a amostra clínica, significativamente constituída por mulheres, como esperado e citado na literatura. No entanto, investigar estas variáveis e outras relacionadas em doentes com patologia *borderline* do género masculino será importante e necessário. Ainda em relação às amostras clínicas, seria interessante explorar o papel do autocriticismo e da autocompaixão na predição do autodano noutros quadros clínicos (e.g., distúrbios alimentares, depressão, perturbação de *stress* pós-traumático), e incluir outras variáveis relacionadas com a fenomenologia deste comportamento (e.g., reatividade e intensidade emocional). Fará igualmente sentido alargar este estudo a outras populações não clínicas, abrangendo outras faixas etárias (e.g., adolescência), pelo aumento da sua prevalência, na tentativa de analisar os fatores etiológicos deste comportamento autodestrutivo em vários grupos de indivíduos.

Concluindo, os resultados deste estudo exploratório contribuem para clarificar os fatores preditores do autodano intencional numa amostra de doentes com PBP. Suportaram empiricamente a nossa hipótese que a presença de um estilo autocrítico focado em sentimentos de desprezo e ódio pelo *eu* e no desejo de atacar e perseguir o *eu* e, por contraste, a ausência de uma relação de calor e compreensão com o *eu*, acompanhada de ausência de sentimentos de humanidade comum partilhada e de aceitação da experiência interna, aumentam a probabilidade dos doentes com PBP acionarem comportamentos desta natureza. Por um lado, estes dados comprovam a importância clínica dos comportamentos de autodano (frequentes, difíceis de avaliar, de formular funcionalmente e de tratar) e o papel que têm no

diagnóstico da PBP, constituindo um sintoma patognômico; por outro lado, destacam a importância destes construtos (autocriticismo e autocompaixão) para a sua fenomenologia na patologia *borderline*. Uma abordagem terapêutica focada no autocriticismo, nas suas formas e texturas emocionais poderá contribuir para a melhoria dos protocolos de tratamento e aperfeiçoamento das estratégias terapêuticas usadas. Os protocolos terapêuticos deverão incluir, em articulação com outras estratégias e competências a adquirir, o desenvolvimento da autocompaixão.



Capítulo 9

Conclusões finais

Capítulo 9

Conclusões finais

Neste capítulo são descritas as conclusões finais da sequência de estudos empíricos apresentados nesta dissertação. São abordadas sinteticamente algumas das implicações clínicas. As principais limitações e as sugestões para futuras investigações são também mencionadas.

*“Não sei por que te foste embora
Não sei que mal te fiz, que importa,
Só sei que o dia corre e àquela hora,
Não sei por que não vens bater-me à porta*

*Não sei se gostas de outra agora,
Se eu estou ou não para ti já morta
Não sei, não sei nem me interessa,
Não me saís é da cabeça
Que não vê que eu te esqueci*

*Não sei, não sei o que é isto
Já não gosto e não resisto
Não te quero e penso em ti*

*Depois de este meu querer desfeito,
Nem quero o teu amor sincero
Não quero mais encontrar-te,
Nem ouvir-te nem falar-te,
Nem sentir o teu calor
Porque eu não quero que vejas
Que este amor que não desejas
Só deseja o teu amor”.*

José Galhardo & Frederico Valério [letra],
Amália Rodrigues [Interpretação] (2005), CD2, faixa 6

É universalmente aceite que o ser humano, sob determinadas circunstâncias, apresenta pensamentos, emoções e sentimentos negativos e desagradáveis acerca de si próprio. Poderá viver, às vezes, aprisionado e atormentado, outras vezes, angustiado e ansioso por sentimentos permanentes ou esporádicos negativos e com um conteúdo de autodepreciação e autodesvalorização. Os indivíduos autocríticos, na maioria das vezes, sentem-se isolados e desligados dos outros, comparam-se com os outros de forma mais negativa e apresentam maior risco de psicopatologia (Gilbert, 2000c, 2005; Radden, 2000). No inverso, os indivíduos com uma orientação mais calorosa e aceitante do *eu* e dos outros, sentem-se mais seguros, tranquilos e conectados consigo próprios e com os outros. O ser humano, desde o primeiro momento da conceção e ao longo do seu ciclo de vida, é fisiologicamente influenciado e regulado pela relação social. As mentes humanas evoluíram para se corregularem entre si (Gilbert, 1989, 2007, 2009, 2010a,b; Neff, 2003; 2011).

O principal objetivo da dissertação *Modelos de Relação Interna: Autocriticismo e Auto-compaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia* é, como indicado no título, compreender a natureza multidimensional do autocriticismo (formas e funções) e da autocompaixão, a sua função e as suas implicações para o funcionamento humano em geral, e para a vulnerabilidade e manutenção da psicopatologia, em particular. Em termos mais específicos, pretendeu explorar os fatores que estão na base do aparecimento e desenvolvimento das formas do autocriticismo e da autocompaixão, assim como a sua contribuição para a regulação emocional e psicopatologia. Especificamente, os estudos empíricos foram desenhados para clarificar melhor a influência de determinado tipo de experiências precoces no desenvolvimento da mente crítica *versus* mente compassiva, e do seu papel mediador na relação entre as experiências precoces e os sintomas psicopatológicos, a comparação social e os comportamentos de submissão no adulto. Partindo do pressuposto que as experiências na infância são experiências emocionais testou-se a contribuição das emoções relacionadas com os sistemas de regulação de afeto no desenvolvimento destes processos autoavaliativos, numa amostra clínica mais alargada. Por último, e ainda nos estudos referentes à população clínica foi dado especial destaque à perturbação *borderline* da personalidade por constituir fundamentalmente a patologia onde é mais visível e notória a implicação e importância da mente do outro para o processo de organização interna e construção do sentido de identidade. Além disso, é a patologia com mais sintomas de desregulação emocional, mais desafiante em termos terapêuticos e com sérias dificuldades vinculativas. Especificamente, o objetivo pretendido era analisar os fatores preditores do comportamento de autodano numa amostra de doentes *borderline*.

Nos capítulos empíricos desta dissertação discutiram-se pormenorizadamente os resultados dos estudos apresentados. Foram formuladas também as limitações e apontadas as sugestões para futuras investigações, pelo que o presente capítulo abordará apenas a síntese

dos resultados e as conclusões finais mais relevantes, procurando articular os resultados dos diferentes estudos numa reflexão final.

Esta dissertação contemplou, para além das hipóteses testadas e dos resultados dos estudos realizados, estudos preliminares de aferição e validação das medidas cruciais à investigação, nomeadamente: a Escala das Formas do Autocriticismo e da Autotranquilização (FSCRS), a escala das Funções do Autocriticismo e Autoataque (FSCS), a Escala da Auto-compaixão (SELFCS) e a Escala dos Comportamentos de Submissão (SBS). Os resultados obtidos mostraram que as três medidas de autorrelato revelaram-se instrumentos fidedignos de aplicação útil no contexto de investigação e clínico. Contudo, a medida que avalia as funções do autocriticismo e autoataque (FSCS) apresentou determinados problemas psicométricos, o que sugere a necessidade de posteriores estudos e refinamentos.

O primeiro estudo empírico desta dissertação refere-se à origem desenvolvimental do autocriticismo e da autotranquilização, realizado em amostras não clínicas. Procurou clarificar a contribuição das experiências precoces na infância para o desenvolvimento destes processos autoavaliativos internos. Com efeito, para a sua consecução foram utilizadas várias medidas de autorresposta que avaliam diferentes tipos de memórias emocionais na infância, de valência negativa e positiva, na tentativa de compreender o tipo de experiências com impacto mais significativo para os referidos modelos de relação interna. Por outro lado, algumas medidas permitiram ainda explorar a contribuição relativa de cada figura parental (pai e mãe) para seu aparecimento. O primeiro estudo deste conjunto de estudos mostrou que a recordação de experiências de ameaça e de subordinação (em particular), por parte das figuras parentais, influencia o desenvolvimento de uma relação interna de ataque/dominância-submissão, com uma formatação caracterizada por sentimentos de desprezo e ódio pelo *eu*, por uma vontade de perseguir e atacar o *eu* (*eu detestado*) e por sentimentos de inadequação e inferioridade (*eu inadequado*). O tipo e valência destas memórias emocionais contribuem, em contraste, para dificuldades no desenvolvimento de uma orientação positiva, calorosa e tranquilizadora para com o *eu*, perante situações de erro e de fracasso. No segundo estudo ressalta que a recordação de atitudes de frieza, rejeição e controlo por parte dos cuidadores é, especialmente, importante para o desenvolvimento das formas do autocriticismo, com uma mãe antipática e fria a predizer mais do *eu inadequado* e um pai antipático, crítico e rejeitador a apresentar um impacto mais expressivo no *eu detestado*. Curiosamente, memórias de atitudes hostis, pouco afeto e rejeição por parte do pai e de desinteresse e negligência por parte da mãe dificultam o desenvolvimento de competências de calor, tranquilização e aceitação do *eu*. O terceiro estudo evidenciou que estilos parentais negativos e disfuncionais (frieza/rejeição e sobreproteção) têm impacto no desenvolvimento do autocriticismo, e, por oposição, estilos positivos e funcionais (carinho e zelo) são especialmente importantes para a génese da autotranquilização e autocompaixão. O quarto estudo, debruçando-se especificamente sobre

as memórias de vergonha, mostrou que as experiências precoces de vergonha com características traumáticas e que, de alguma forma, são centrais para a identidade têm um efeito significativo no desenvolvimento do autocrítico, em especial do *eu inadequado*. Finalmente, o quinto estudo revelou que a vergonha internalizada é um processo importante na formação do autocrítico, pelo seu efeito mediador na relação entre memórias emocionais de subordinação na infância e os modelos de relação interna em análise.

Da análise dos resultados obtidos nestes cinco estudos sobressaem dois temas no conjunto das experiências precoces analisadas – (i) crescer com sentimentos de ter sido subordinado e envergonhado e (ii) crescer com pouco afeto e com sentimentos de ser criticado, controlado e rejeitado – com uma contribuição significativa na génese do autocrítico. Para além disso, os dados sugerem que parece existir um efeito diferencial no desenvolvimento do autocrítico e da autocompaixão, consoante se trata da mãe ou do pai. Apesar da necessidade de se aprofundar melhor este aspeto relativo à figura do cuidador (ou de outros significativos, como irmãos, pares) noutros estudos, os resultados são inovadores e reforçam a relevância das experiências precoces para o desenvolvimento do autocrítico e da autocompaixão. A experiência interna de autotranquilização e autocompaixão parece ficar comprometida quando os ambientes precoces são traumáticos e negativos. A inclusão de uma medida positiva de calor/afeto na infância teria dado um contributo significativo.

Procurando evitar o risco de simplificar demasiado a complexidade destes processos, os resultados reforçam o papel importante das orientações/módulos básicos para o desempenho eficaz de papéis sociais. Uma vida segura e consistente é marcada por um ambiente benigno, caloroso, validante e com abundância de recursos. Os pais estão disponíveis, sensíveis e compreensivos para acalmar a criança em alturas de tensão. Este fator predispõe a criança a desenvolver fenótipos sociais, com características de afiliação e exploração seguras. Em ambientes relativamente seguros, o amadurecimento de competências para a formação de alianças, de ajuda aos outros e de ser ajudado é adaptativa. Isto facilitará também a internalização desta orientação para a relação do *eu* com o *eu*, traduzida numa relação interna compassiva, calorosa e aceitante do *eu*, com uma utilidade vital na regulação de situações de ameaça e de *stress* e na afiliação e proximidade aos outros. Se pelo contrário, os ambientes se caracterizarem pela escassez, hostilidade e desinvestimento afetarão a expressão fenotípica por parte da criança de comportamentos de procura e de aproximação aos outros, surgindo respostas ligadas à defesa e proteção. O autocrítico insere-se nesta estratégia biossocial (competição social), funcionando com um processo de regulação emocional defensivo (Gilbert, 1989, 1998a,b, 2000c; Liotti, 1993; Schore, 2001). Para além das limitações já apontadas (e.g., replicação em estudos longitudinais, uso de entrevistas), acresce referir a importância de incluir, noutros estudos, outras variáveis também relacionadas, como o temperamento, a vinculação e a relação com outras pessoas (pares, irmãos) que poderão

funcionar como agentes moderadores do impacto destas experiências precoces na génese das experiências do *eu*. Relativamente à segunda hipótese colocada neste conjunto de estudos acerca da origem desenvolvimental do autocrítico e da autocompaixão (cf. Capítulo 5) que o efeito destas experiências precoces na psicopatologia (depressão e ansiedade), na comparação social e na submissão aos outros no estado adulto seria operado pelas formas do autocrítico e autotranquilização, os resultados obtidos demonstraram a relevância do autocrítico e da autocompaixão para a compreensão da psicopatologia depressiva e ansiosa e da vivência de baixo *rank* (comparação social negativa e comportamentos de submissão). Em termos gerais, destaca-se o papel expressivo do *eu detestado* nas variáveis dependentes estudadas, o que constitui um resultado importante, com implicações significativas para a prática clínica. O autocrítico focado em sentimentos de desprezo e aversão pelo *eu* e no desejo de perseguir e punir o *eu* é de facto a dimensão mais tóxica e perturbadora do autocrítico, com efeitos mais nefastos e prejudiciais.

O segundo estudo empírico (cf. Capítulo 6), numa amostra não clínica, explorou a relação entre a vergonha externa, as formas do autocrítico e autotranquilização e os sintomas psicopatológicos. Os resultados obtidos suportaram as hipóteses formuladas, reforçando o papel relevante do autocrítico e da vergonha externa para os sintomas depressivos e ansiosos. Apesar de os resultados estarem de acordo com o apontado na literatura, esclarecem o processo pela qual a vivência de existir na mente dos outros de forma negativa (vergonha externa) contribui para a psicopatologia. Tentando sistematizar estes resultados com os anteriores, ressalta que a vulnerabilidade para o desenvolvimento do autocrítico está inscrita em memórias de rejeição, crítica e de vergonha, que contribuem para uma visão do *eu* inferior e negativa aos olhos dos outros (vergonha externa), que, uma vez internalizada, aumenta a vulnerabilidade para o autocrítico. O mecanismo inerente a estes processos autoavaliativos pressupõe um fluxo dinâmico *eu-outro*. Por sua vez, o efeito das experiências precoces e da vergonha externa na psicopatologia é operado através da influência das formas do autocrítico e autotranquilização. Estes resultados contêm também implicações clínicas importantes.

O terceiro estudo, na amostra clínica, procurou testar a influência das experiências precoces e dos aspetos do desenvolvimento emocional na génese do autocrítico e da autocompaixão. Os resultados obtidos mostraram que as primeiras experiências com os cuidadores são, basicamente, experiências emocionais que, ao gerarem afeto negativo e/ou positivo, vão influenciar a relação do *eu* com o *eu*. Pela sua natureza revela-se um estudo inovador que acrescenta informação ao estado da arte ao clarificar melhor a via pela qual se processa o desenvolvimento da mente autocrítica *versus* mente autocompassiva. A presença de afeto negativo (com a consequente diminuição no afeto positivo) contribui para o desenvolvimento de estilos de processamento autocríticos focados na inadequação, comparação e inferioridade do *eu*, ou em cognições de ataque e assédio hostil interno e em sentimentos de

autoaversão e repugnância pelo *eu*. Além disso, a existência de menor afeto positivo, sobretudo, sentimentos de segurança, calor e contentamento, origina dificuldades no desenvolvimento da autotranquilização e autocompaixão, estando ambos relacionados com o sistema de regulação emocional de *soothing* e vinculação. Estes resultados possuem informação clínica de cariz relevante (cf. Capítulo 7).

Por fim, o quarto estudo, mais específico, realizado numa amostra clínica composta por doentes com perturbação *borderline* da personalidade analisou o papel preditor do autocriticismo e da autocompaixão na manifestação de comportamentos de autodano. Os resultados obtidos mostraram que os doentes que apresentam *eu detestado* e mais dificuldades em aceder ao sistema de *soothing* (ausência de autocompaixão e autotranquilização) estão mais vulneráveis à manifestação de comportamentos de autodano. Os dados encontrados evidenciam que estas experiências autoavaliativas são processos importantes para a patoplasia do autodano. Pela sua natureza, constituem resultados inovadores, que acrescentam informação ao estado da arte, referente à patologia *borderline* e à fenomenologia do autodano. São resultados com implicações importantes para o tratamento deste sintoma *borderline* (cf. Capítulo 8).

Na sua globalidade, os resultados deste projeto de investigação demonstraram que o autocriticismo é um processo multidimensional, com determinadas formas, tradutoras de diferentes tipos de relação do *eu* com o *eu*. De facto, a natureza relacional e interativa da relação interna constitui uma representação interna das relações sociais. As formas do autocriticismo associam-se de forma diferente com a psicopatologia. Os resultados reforçam a relevância da forma de autocriticismo mais tóxica e patogénica (*eu detestado*), com uma contribuição significativa na sintomatologia depressiva e ansiosa e na manifestação de comportamentos de submissão no estado adulto. Em quadros clínicos específicos e complexos, como a perturbação *borderline* da personalidade, revelou-se um processo importante para a compreensão do autodano. Para além disso, os dados salientaram também que os doentes *borderline* com autodano têm marcadas dificuldades na regulação interna via ativação do sistema de *soothing*, pela subestimulação dos sistemas neurofisiológicos relacionados com afeto positivo calor/segurança, o que contribui para a ausência de competências de regulação emocional, sugerindo que o comportamento de autodano assumirá essa função. A autocompaixão parece funcionar, assim, como um processo de regulação emocional antídoto, com um efeito protetor da vulnerabilidade para a psicopatologia. Mais ainda, os resultados salientaram que estes dois sistemas de autoprocessamento estão associados a experiências desenvolvimentais diferentes. Como processos de autorregulação emocional opostos, pertencem a sistemas de regulação de afeto diferentes, que funcionam em mútua interdependência (Gilbert, 2007, 2009, 2010; Gilbert et al, 2009; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005).

Em síntese, o autocriticismo e a autocompaixão são construtos sócio-cognitivos im-

portantes para a compreensão do funcionamento humano. Os resultados obtidos aprofundaram a sua compreensibilidade (formas de se expressar, origem, sinais ativadores) e a sua contribuição para a psicopatologia.

Implicações clínicas

Os resultados obtidos revelam-se profícuos para a prática clínica. Destacam a importância da inclusão destes construtos no tratamento de doentes com elevado autocriticismo e vergonha, com experiências infantis adversas e com marcadas dificuldades interpessoais e na autoidentidade. O autocriticismo constitui um problema transdiagnóstico, transversal a vários quadros psicopatológicos. Uma saída possível será a aprendizagem de competências de autocompaixão e autoaceitação. A Terapia Focada na Compaixão é uma abordagem terapêutica direcionada, especificamente, para os indivíduos com autocriticismo e vergonha, com dificuldades no acesso ao sistema de regulação de afeto positivo, uma vez que o sistema de ameaça-defesa domina a orientação no mundo externo e interno. Estes indivíduos não conseguem ser compassivos, calorosos e tranquilizadores consigo próprios. Por outro lado, são indivíduos com histórias desenvolvimentais de ausência de afeto ou negligência, criticismo, controlo ou elevada expressão emocional ou ainda de ameaça e abuso, que os predis põem a elevada sensibilidade às ameaças de criticismo e rejeição social. O autocriticismo e autoataque surgem como um processo de autorregulação defensivo, com vista a lidar com as ameaças externas e internas. Por isso, nesta abordagem uma das formas de intervir situa-se ao nível das memórias emocionais negativas de vergonha, associadas à génese do autocriticismo. Os dados da nossa investigação confirmam este modelo (Gilbert, 1989, 1998f, 2000c, 2005b, 2007c).

O ponto central nesta abordagem terapêutica é o desenvolvimento do sistema de *soothing* e vinculação através da estimulação de *outputs* de afeto positivo. Este sistema, como já visto ao longo da dissertação, é particularmente sensível aos sinais interpessoais de segurança, aceitação e de ser cuidado, amado e valorizado. Além disso, este sistema é central para a regulação emocional, porque desativa o sistema de procura/*drive* e o sistema de ameaça-defesa. O papel do terapeuta é ajudar o doente a experienciar segurança e calor nas suas interações (com os outros e com o *eu*), a tolerar estados emocionais negativos e a substituir o autocriticismo por autocompaixão. Portanto, o doente aprenderá um conjunto de competências e atributos com vista ao desenvolvimento de uma relação interna compassiva (ao invés de uma relação crítica, de condenação e culpa). Em termos gerais, aprenderá que os pensamentos e as imagens atuam como os estímulos externos ativando partes diferentes do cérebro. A mensagem chave desta abordagem é que é possível treinar o cérebro a pensar e a sentir de forma diferente, pela estimulação de sistemas fisiológicos relacionados com o afeto positivo (Gilbert, 2005; 2009; Gilbert & Procter, 2005).

Limitações e futuras investigações

Este estudo apresenta algumas limitações já apontadas na discussão de resultados dos respectivos estudos empíricos. A limitação mais geral prende-se com a natureza transversal dos estudos apresentados. Os resultados dos estudos transversais são sempre limitados, devido ao problema da circularidade, não permitindo, por isso, estabelecer inferências causais. Assim, impõe-se no futuro a realização de estudos longitudinais que permitam replicar os resultados obtidos nestes estudos transversais. Só assim poderemos assumir a direcionalidade e a possível causalidade das variáveis em estudo nesta investigação.

Futuras investigações deverão testar também o contributo desta nova abordagem terapêutica – Terapia Focada na Compaixão – e avaliar a sua eficácia terapêutica, em vários quadros clínicos, em especial na Perturbação *Borderline* da Personalidade. Relativamente a esta perturbação será interessante, no futuro, explorar a contribuição destas experiências do *eu* para os restantes sintomas clínicos característicos da patologia (e.g., raiva, abandono, autoimagem) e a relação com outros construtos como, por exemplo, o temperamento.

Concluindo, e apesar de as limitações terem sido já apontadas, conferindo um carácter exploratório aos nossos resultados, gostaríamos de ressaltar como principal resultado desta dissertação a importância do autocrítico e da autocompaixão para a regulação emocional nos humanos e a sua implicação na psicopatologia.

Atevemo-nos a dizer que estes dois modos da mente refletem, de algum modo, a grandeza e a miséria da experiência humana.



Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

- Ahmed, E., & Braithwaite, V. (2004a). Bullying and victimization: Cause for concern for both families and schools. *Social Psychology of Education*, 7, 35-54. doi: 10.1023/B:SPOE.0000010668.43236.60
- Ahmed, E., & Braithwaite, V. (2004b). "What, me ashamed?" Shame management and school bullying. *Journal of Crime and Research*, 41, 269-294.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, Z., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment – A psychopathological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Alexander, B., Brewin, C., Vearnals, S., Wolff, G., & Leff, J. (1999). An investigation of shame and guilt in a depressed sample. *British Journal of Medical Psychology*, 72(3), 323-339. doi: 10.1348/000711299160031
- Allan, S., & Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19(3), 293-299. doi: 10.1016/0191-8869(95)00086-L
- Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(4), 467-488. doi: 10.1111/j.2044-8260.1997.tb01255.x
- Allan, S., & Gilbert, P. (2002). Anger and anger expression in relation to perceptions of social rank, entrapment, and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 32, 551-565. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00057-5
- Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1994). An exploration of shame measures: II: Psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 17(6), 719-722. doi: 10.1016/0191-8869(94)90046-9
- Allen, N. B., & Gilbert, P. (2000). Social intelligence, self-deception, and vulnerability to psychopathology: A challenge for the cognitive therapies? In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 151-175). Hove: Psychology Press.
- Allen, N. B., Gilbert, P., & Semedjar, A. (2004). Depressed mood as an interpersonal strategy: The importance of relational models. In N. Haslam (Ed.), *Relational models theory*:

- Advances and prospects* (pp. 304-334). Hillsdale: Earlbaum.
- Alper, G., & Peterson, S. J. (2001). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39, 38-45.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581-591. doi: 10.1521/suli.2005.35.5.581
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and the depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(2), 277-285. doi: 10.1037/0021-843X.104.2.277
- Andrews, B. (1998). Methodological and definitional issues in shame research. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 39-54). New York: Oxford University Press.
- Andrews, B. (2002). Body Shame and childhood abuse. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 256-266). London: Brunner-Routledge.
- Andrews, B., Brewin, C., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 69-73. doi: 10.1037/0021-843X.109.1.69
- Andrews, B., & Hunter, E. (1997). Shame, early abuse, and course of depression in a clinical sample: A preliminary study. *Cognition and Emotion*, 11(4), 373-381. doi: 10.1080/026999397379845
- Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The experience of shame scale. *The British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-33. doi: 10.1348/014466502163778
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176
- Arieti, S., & Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1360-1365.
- Arndt, J., & Goldenberg, J. (2004). From self-awareness to shame proneness: Evidence for causal sequence amongst women. *Self and Identity*, 3(1), 27-37. doi:

10.1080/13576500342000022

- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M., & de Bie, A.J. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 45-59. doi: 10.1521/ pedi.17.1.45.24053
- Arrindell, W. A., Methorst, G. J., Kwee, M. G. T., Van der Ende, J., Pol, E., & Moritz, B.J.M. (1989). Expanding the validity of a measure of reported parental rearing practices with psychiatric inpatients: Further Dutch experiences with the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 10 (5), 493-500. doi: 10.1016/0191-8869(89)90030-5,
- Ashby, J., Rice, K., & Martin, J. (2006). Perfectionism, shame and depressive symptoms. *Journal of Counseling and Development*, 84(2), 148-157. doi: 10.1002/j.1556-6678.2006.tb00390.x
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., et al., (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 175-182.
- Babiker, G., & Arnold, L. (1997). *The Language of injury: Comprehending self-mutilation*. Leicester: British Psychological Society.
- Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness and acceptance-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness & acceptance processes in clients: Illuminating the theory & practice of change* (pp. 135-154). Oakland: New Harbinger Publications.
- Bailey, K. (1987). *Human paleopsychology: Applications to aggression and pathological processes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bailey, K. (2000). Evolution, kinship, and psychotherapy: Promoting psychological health through human relationships. In P., Gilbert, & K., Bailey (2000). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. London: Routledge.
- Bailey, K. G. (2002). Recognizing, assessing and classifying others: Cognitive bases of evolutionary kinship therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(3), 367-383.
- Bakan, J. (2005). *The Corporation: The pathological pursuit of profit and power*. London: Constable.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112(3), 461-484. doi: 10.1037/0033-2909.112.3.461
- Baldwin, M. W. (1994). Primed relational schemas as a source of self-evaluative reactions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13(4), 380-403. doi: 10.1521/jscp.1994.13.4.380
- Baldwin, M. W. (1997). Relational schemas as a source of item-then self-inference proce-

- dures. *Review of General Psychology*, 1(4), 326-335. doi: 10.1037/1089-2680.1.4.326
- Baldwin, M. W. (Ed.) (2005). *Interpersonal cognition*. New York: Guilford Press.
- Baldwin, M. W., & Dandeneau, S. D. (2005). Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 33-61). New York: Guilford.
- Baldwin, M. W., & Fergusson, P. (2001) Relational schemas: The activation of interpersonal knowledge structures in social anxiety. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions to the self and shyness* (pp. 235-257). Chichester, UK: Wiley.
- Baldwin, M. W., & Holmes, J. G. (1987). Salient private audiences and awareness of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6), 1087-1098. doi: 10.1037/0022-3514.52.6.1087
- Baldwin, M. W., Keelan, J. P. R., Fehr, B., Enns, V., & Koh-Rangarajoo, E., (1996). Social cognitive conceptualization of attachment working models: Availability and accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(1), 94-104. doi: 10.1037/0022-3514.71.1.94
- Banai, E., Mikulincer, M., & Shaver, P. (2005). "Self-object" needs in kohut's self psychology: Links with attachment, self-cohesion, affect, and adjustment. *Psychoanalytic Psychology*, 22(2), 224-260. doi: 10.1037/0736-9735.22.2.224
- Baptista, A. (1986). *Questionário de ligação parental*. Manuscrito cedido pelo autor.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54(7), 462-479. doi: 10.1037/0003-066X.54.7.462
- Barkow, J. H. (1989). *Darwin, sex and status: Biological approaches to mind and culture*. Toronto: University of Toronto Press.
- Barkow, J. H., Cosmides, L., & Tooby, J. (1992). *The adapted Mind. Evolutionary Psychology and the Generation of Culture*, Oxford University Press, Oxford.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Barret, L., Dunbar, R., & Lycett, J. (2002). *Human evolutionary psychology*. London: Palgrave.
- Barrett, K. C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-Conscious emotions: The Psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 25-63). New York: Guilford Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3),

187-211. doi: 10.1521/bumc.67.3.187.23439

- Baumeister, R. F. (1982). A self-presentational view of social phenomena. *Psychological Bulletin*, 91(1), 3-26. doi: 10.1037/0033-2909.91.1.3
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370. doi: 10.1037/1089-2680.5.4.323
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. doi: 10.1037/0033-2909.117.3.497
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115(2), 243-267. doi: 10.1037/0033-2909.115.2.243
- Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Hutton, D. G. (1989). Self-presentational motivation of differences in self-esteem. *Journal of Personality*, 57(2), 547-579. doi: 10.1111/j.1467-6494.1989.tb02384.x
- Beasley, C. M. Jr, Hamilton, S. H., Dossenbach, M. (2000). Relapse prevention with olanzapine. *Schizophrenia Research*, 41(1), 196-197. doi: 10.1016/S0920-9964(00)90783-7
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-38.
- Beck, A. T. (1996). *Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology*. In P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T. (1999a). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psycho-evolutionary approach. In C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology* (pp. 411-430). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T. (1999b). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*. New York: HarperCollins.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive approach*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychiatric Review*, 8, 77-100.

- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M. & Palyo, S. A. (2008). The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of Anxiety Disorders* 22(2), 187–198. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.02.007
- Beck, M. D., Freeman, E. D., Denise, D., & Davis (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Second Edition [Hardcover].
- Begley, S. (2009). *The plastic mind*. London: Constable.
- Bell, D. C. (2001). Evolution of care-giving behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 5(3), 216-229. doi: 10.1207/S15327957PSPR0503_3
- Bellew, R., Gilbert, P., Mills, A., McEwan, K., & Gale, C. (2006). Eating attitudes and striving to avoid inferiority. *Eating Disorders: The Journal for Prevention and Treatment*, 14(4), 313-322. doi: 10.1080/10640260600796242
- Bellino, S., Paradiso, E., & Bogetto, F. (2005). Oxcarbazepine in the treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(9), 1111–1115.
- Bellino, S., Paradiso, E., & Bogetto, F. (2006). Efficacy and tolerability of quetiapine in the treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1042–1046.
- Belo, R. (1995). Uma vez que já tudo se perdeu [interpretado por Camané] em *Uma noite de fados*. [CD] EMI.
- Belsky, J., Steinberg, L., & Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Development*, 62(4), 647-70. doi: 10.1111/j.1467-8624.1991.tb01558.x
- Belsky, K. (1993). Etiology of child maltreatment: A development analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434. doi: 10.1037/0033-2909.114.3.413
- Benn, L., Gilbert, P., Harvey, J., & Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness. *Personality and Individual Differences*, 38(8), 1813-1822. doi: 10.1016/j.paid.2004.11.010
- Bentall, R. P., & Swarbrick, R. (2003). The best laid schemas of paranoid patients: Autonomy, sociotropy and need for closure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(2), 163-171. doi: 10.1348/ 147608303765951195
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span: The recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. *Psychology and Aging*, 17, 636-652. doi: 10.1037/0882-7974.17.4.636
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symp-

- toms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 219–231. doi: 10.1016/j.brat.2005.01.009
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 417–431. doi:10.1002/acp.1290.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2008). The reappearance hypothesis revisited: Recurrent involuntary memories after traumatic events and in everyday life. *Memory & Cognition*, 36, 449–460. doi: 10.3758/MC.36.2.449
- Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D. (2003). Splintered memories of vivid landmarks? Qualities and organizations of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 17(6), 675–693. doi: 10.1002/acp.894
- Bertarelli, P., & Santinello, M. (1997). Bone marrow donation between unrelated donors in Italy. *Psychosomatics*, 38(3), 299–300.
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M., & Jacobs, C. (2005). Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q) - Validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 563–581. doi: 10.1348/014466505X35344
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. O. (1994). Childhood experience of care and abuse (CECA): A retrospective interview measure. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 1419–1435.
- Bifulco, A., Brown, G. W., Lillie, A., & Jarvis, J. (1997). Memories of childhood neglect and abuse: Corroboration in a series of sisters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 365–374.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood II. Association with other abuse and clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66, 241–258. doi: 10.1521/bumc.66.3.241.23366
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., Jacobs, C., Baines, R., Bunn, A., & Cavaginm, J. (2002). Childhood adversity, parental vulnerability and disorder: Examining intergenerational transmission of risk. *Journal Child Psychology & Psychiatry*, 43(8), 1075–1086. doi: 10.1111/1469-7610.00234
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E. & Miles, J. N. V. (2004). Do interpersonal schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia? A comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34, 1571–1580. doi: 10.1192/bjp.bp.105.012088
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., & Gilbert, P. (2002). Shame, humiliation and entrapment in psychosis: A social rank theory approach to cognitive intervention with voices and delusions. In A. P. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 108–131). London: Brunner- Routledge.

- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., & Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30(2), 337-344.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2006). Social anxiety and the shame of psychosis. A study in first episode psychosis. *Behaviour Therapy and Research*, 45, 1026-1037.
- Birtchnell, J. (1993) How Humans Relate: A New Interpersonal Theory. A volume in the series Human Evolution, Behavior & Intelligence. Praeger: Westport, CT. Published in paperback by Psychology Press, Hove, Sussex, UK.
- Birtchnell, J. (2000). Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture. *British Journal of Medical Psychology*, 73(3), 431-435. doi:
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive model morphology of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 449-458.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1120.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and selfdefinition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 399-428). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 47-91.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.
- Bockian, N. R., Porr, V., & Villagran, N. (2002). *New hope for people with borderline personality disorder*. Roseville, CA: Prima.
- Bollen, K. A., & Stine, R. (1990). Direct and indirect effects: Classical and bootstrap estimates of variability. *Sociological Methodology*, 20, 115-140.
- Bonanno, G., & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125, 760-776.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz,

- T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007
- Boulanger, J., Hayes, S., & Pistorello, J. (2010). Experiential Avoidance as a functional contextual concept. In A. Kring & A. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 107-136). New York: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*, Vol. 1. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*, Vol. 2. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. New York: Brunner-Routledge.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*, Vol. 3. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bradshaw, J. (1988). *Healing the shame that binds you*. Deerfield Beach, Florida: Health Communications.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Brewin, C. R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behaviour therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47, 33-57.
- Brewin, C. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 765-784. doi: 10.1016/j.brat.2006.02.005
- Brewin, C. R., Reynolds, M., & Tata, P. (1999). Autobiographical memory process and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 511-517.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequel of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.008
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620.
- Brown, G. W., Harris, T. O., & Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine*, 25, 7-21.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002) Reasons for suicide attempts and

- nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202. doi: 10.1037/0021-843X.111.1.198
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric proprieties of the Depression, Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79-89.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 49-58. doi: 10.1037/0021-843X.110.1.49
- Brown, T. A., Korotitsch, W., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79-89.
- Bunting, M. (2004). *Willing Slaves: How the overwork culture is ruling our lives*. London: HarperCollins.
- Burney, J., & Irwin, H. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 51-61. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200001)56:1<51::AID-JCLP5>3.0.CO;2-W
- Buss, D. M. (1984). Evolutionary biology and personality psychology: Towards a conception of human nature and individual differences. *American Psychologist*, 39, 1135-47. doi: 10.1037/0003-066X.39.10.1135
- Buss, D. M. (1988). The evolutionary of human intrasexual competition: Tactics of mate attraction. *Journal of personality and Social Psychology*, 54, 616-628. doi: 10.1037/0022-3514.54.4.616
- Buss, D. M. (1999). *Evolutionary Psychology: The new science of the mind*. New York: Allyn & Bacon.
- Buss, D. M. (2004). *Evolutionary psychology. The new science of the mind* (2nd Ed.). Boston: Ally & Bacon.
- Buss, D. M. (Ed.) (2005). *The handbook of evolutionary psychology*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Butterworth, T. , Carson, J., Jeacock, J., White, E., & Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout and job satisfaction in British nurses: findings from the Clinical Supervision Evaluation Project. *Stress Medicine*, 15(1), 27-33. doi: 10.1002/(SICI)1099-1700(199901)15:1<27::AID-SMI782>3.0.CO;2-U
- Cacioppo, J. T., Berston, G. G., Sheridan, J. F., & McClintock, M. K. (2000). Multilevel integrative analysis of human behavior. Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 126, 829-843.

- Cacioppo, J. T., Klein, D. J., Berntson, G. C., & Hatfield, E. (1993). The psychophysiology of emotion. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 119-142). New York: Guilford Press.
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: Estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., ... Braun, B. G. (1993). Validity of the dissociative experiences scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1030-1036.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., Coons, P., Bowman, E., Chu, J. A., Dill, D., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1991). Factor analysis of the dissociative experiences scale: A multicenter study. In B. G. Braun & E. B. Carlson (Eds.), *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States*. Chicago: Rush-Presbyterian
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D., ... Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 779-818.
- Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 779-818.
- Carvalho, S. Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Castilho, P., Maia, D., & Mota-Pereira, J. (no prelo). Propriedades psicométricas da escala de cuidado do Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (Childhood Experiences of Care and Abuse – CECA.Q). *Psychologica*.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.) (1999). *Handbook of attachment: Therapy, research and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (no prelo). Auto-criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas de Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções de Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (no prelo). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). *The Portuguese version of the Forms of Self-*

- Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale and Functions of Self-Criticizing/Attacking Scale: Psychometric properties*. Manuscrito em preparação.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Amaral, V., & Duarte, J. (2012). *Recall of treats and submissiveness experiences in childhood and psychopathology: the mediator effect of self-criticism*. Manuscrito submetido para publicação.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Bento, E. (2011). *Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: Sua contribuição para os comportamentos de auto-dano numa amostra de adolescentes*. Submetido para publicação.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Coelho, S. (2011). *Recall of threat and submissiveness in childhood and self-criticism: The mediator effect of internal shame*. Manuscrito em preparação.
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S., & Howlett, B (2007). The Early Maladaptive Schemas of Self-Mutilators: Implications for Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21(1), 58-71.
- Chadwick, P., Trower, P., Justi-Butler, T. M., & Maguire, N. (2005). Phenomenological Evidence for Two Types of Paranoia. *Psychopathology*, 28, 327-333.
- Chambers, J. A., Power, K. G., Loucks, N., & Swanson V. (2000). Psychometric properties of the Parental Bonding Instrument and its association with psychological distress in a group of incarcerated young offenders in Scotland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(7), 318-25.
- Chance, M. R. A. (1988). *Social fabrics of the mind*. Lawrence Erlbaum: Hove.
- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional Antecedents and Consequences of Deliberate Self-Harm and Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552.
- Chapman, A. Matthew, W. S., & Cellucci, T. (2005). Borderline Personality Disorder and Deliberate Self-Harm: Does Experiential Avoidance Play a Role? *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35(4). The American Association of Suicidology.
- Cheung, M. S.-P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36(5), 1143-1153. doi:10.1016/S0191-8869(03)00206-X
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- Cicchetti, D., Toth, S. L., & Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle – the application of attachment theory to risk and psychopathology. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 1-74). New York: Plenum Press.
- Claesson, K., & Sohlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized

- by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 277-284.
- Clara, I. P., Cox, B. J., & Murray, W. E. (2001). Confirmatory factor analysis of the Depression Anxiety Stress Scales in depressed and anxious patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(1), 61-67. doi: 10.1023/a:1011095624717
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions to the self and shyness* (pp.405-430). Chichester, UK: Wiley.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & R. R. Schneir (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Clark, L. A. (2000). Mood, personality and personality disorder. In R. J. Davidson (Ed.), *Anxiety, Depression, and Emotion* (pp. 171-200). New York: Oxford University Press.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Clifton, A., & Pilkonis, P. A. (2007). Evidence for a single latent class of DSM borderline personality pathology. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 70-78. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.07.002
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 5(12), 975-990.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders*, 92, 35-44. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.034
- Coelho, S., Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (no prelo). Recordação de experiências de ameaça e subordinação na infância, auto-criticismo, vergonha e submissão: A sua contribuição para a depressão em estudantes universitários. *Psychologica*.
- Cohen, D. (2001). Cultural variation: Considerations and implications. *Psychological Bulletin*, 127(4), 451-471. doi: 10.1037/0033-2909.127.4.451
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Collins, N. L. , Guichard, A. C., Ford, M. B., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment: New developments and emerging themes. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications* (pp. 196-239). New York: Guilford.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and care giving in intimate relationships. *Journal of Personality and*

- Social Psychology*, 78, 1053- 1073.
- Collins, N. L., & Ready, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58, 644-63.
- Collins, W., Maccoby, E., Steinberg, L., Heatherington, E., & Bornstein, M. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55(2), 218-232.
- Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2005). Comparing Dissociation and PTSD in Sexually Abused School-Aged Girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 47-52.
- Conaghan, S., & Davidson, K. M. (2002). Hopelessness and the anticipation of positive and negative future experiences in older parasuicidal adults. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 333-242. doi: 10.1348/014466502760379208
- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 69-77. doi: 10.109/01.nmd.0000198138.41709.4f
- Connan, F., Troop, N. A., Landau, S., Campbell, I., & Treasure, J. L. (2007). Poor social comparison and the tendency to submissive behavior in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 733-739. doi: 10.1002/eat.20427
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53, 594-628. doi: 10.1016/j.jml.2005.08.005
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Cook, D. R. (1996). Empirical studies of shame and guilt: The internalized shame scale. In D. L. Nathanson (Ed.), *Knowing feeling: Affect, script and psychotherapy* (pp. 132-165). New York: W. W. Norton & Company.
- Cook, D. R. (2001). *Internalized shame scale: Technical manual*. North Towanda, NY: Multi-Health Systems, Inc
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., ... Appleby, L (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.297
- Cosmides, L. (1989). "The logic of social exchange: Has natural selection shaped how humans reason?". *Cognition*, 31(2), 169-193.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (2000). Evolutionary psychology and the emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 91-115). New York: Guilford Press.
- Côté, S., & Moskowitz, D.S. (1998). On the Dynamic Covariation Between Interpersonal Behavior and Affect: Prediction From Neuroticism, Extraversion and Agreeableness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(4), 1032-1046.

- Covert, M., Tangney, J., Maddux, J., & Heleno, N. (2003). Shame-proneness, guilt proneness and interpersonal problem solving: A social cognitive analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*, 1-13. doi: 10.1521/jscp.22.1.1.22765
- Cox, B. J., Fleet, C., & Stein, M. B. (2004). Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders, 82*, 227-234. doi: 10.1016/j.jad.2003.12.012
- Cox, B. J., MacPherson, P. S. R., Enns, W. E., & McWilliams, L. A. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 105-114. doi: 10.1016/S0005-79(03)0015-0
- Cox, B. J., Rector, A. R., Bagby, R. M., Swinson, R. P., Levitt, A. J., & Joffe, R. T. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. *Journal of Affective Disorders, 57*, 223-228.
- Coyne, J. C., & Whiffen, V. E. (1995). Issues in personality as diathesis for depression: The case of sociotropy – dependency and autonomy – self-criticism. *Psychological Bulletin, 118*(3), 358-378.
- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of psychotherapy: Building and rebuilding the human brain*. New York: W. W. Norton & Company.
- Cozolino, L. (2007). *The Neuroscience of human relationships: Attachment and the developing brain*. New York: W. W. Norton & Company.
- Crawford, J. R., Cayley, C., Lovibond, P. F., Wilson, P. H., & Hartley, C. (2011). Percentile norms and accompanying interval estimates from an Australian general adult population sample for self-report mood scales (BAI, BDI, CRS-D, CES-D, DASS, DASS-21, STAI-X, STAI-Y, SRDS, and SRAS). *Australian Psychologist, 46*, 3-14. doi: 10.1111/j.1742-9544.2010.00003.x
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 111-131.
- Creamer, M., Bell, R., Salvina, F. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behaviour Research and Therapy, 41*(12), 1489-1496. doi: 10.1016/j.brat.2003.07.010
- Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective qualities of stigma. *Psychological Review, 96*, 608-630.
- Crozier, W. R. (1990). *Shyness and embarrassment: Perspectives from social psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Cruddas, S., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). The relationship between self-concealment and disclosure, early experiences, attachment and social comparison. *International*

Journal of Cognitive Therapy, 2, 282-291.

Cunha, M. (2005). Ansiedade social na adolescência: Avaliação e trajetórias de desenvolvimento (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Cunha, M., Soares, I., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Effects of behavioral inhibition, attachment styles, parental educational styles and social comparison on social anxiety in adolescence: a structural equations model. *Psychomed*, 3(2), 30-31.

Dagnan, D., Trower, P., & Gilbert, P. (2002). Measuring vulnerability to threats to self construction: The self and other scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 75, 279-294. doi: 10.1348/147608302320365271

Dalai Lama (1995). *The power of compassion*. India: HarperCollins.

Dalai Lama (2001). *An open heart: Practicing compassion in everyday life* (edited by N. Vree-land). London: Hodder & Stoughton.

Dalgliesch, T., & Power, M. (Eds.) (1999). *Handbook of cognitive and emotion*. Chischester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

Damásio, A. R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, reason and the human brain*. New York: Putman.

Damásio, A. (2001). *O livro da consciência: A construção do cérebro consciente*. Maia: Temas e Debates, Círculo de Leitores.

Davidson, R. J. (2000). Affective style, psychopathology and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55, 1196-1214.

Davidson, R. J. (2002). Toward a biology of positive affect and compassion. In R. Davidson & A. Harrington (Eds.), *Visions of Compassion: Western Scientists and Tibetan Buddhists Examine Human Nature* (pp. 107-130). New York: Oxford University Press.

Davidson, R. J., & Harrington, A. (Eds.) (2002). *Visions of Compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature*. New York: Oxford University Press.

de Mont-Marin F, Hardy P, Lépine JP, Halfon P, & Féline A. (1993). Validation of a French version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a diabetic population. *L'Encéphale*, 19(4), 293-301.

Dearing, R., Stuewing, J., & Tangney, J. (2005). On the importance of distinguish shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviour*, 30, 1392-1404. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.02.002

Depue, R. A. & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A Neurobehavioral Model of Affiliative Bonding: Implications for Conceptualizing a Human Trait of Affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28 (3), 313-350.

DeVellis, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2nd ed.). Thousand

Oaks, CA: Sage Publications.

- Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol response: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130(3), 355-391. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.355
- Dickerson, S. S., Margaret, M. A., Kemeny, E., Aziz, N., Kim, K. H., & Fahey, J. L. (2004). Immunological Effects of Induced Shame and Guilt. *Psychosomatic Medicine*, 66, 124-131. doi:10.1097/01.PSY.0000097338.75454.29
- Dyck, M. J.; Jolly, J. B.; Kramer, T. (1994). An evaluation of positive affectivity, negative affectivity, and hyperarousal as markers for assessing between syndrome relationships. *Personality and individual differences*, 17(5). 637-646.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (ADIS-IV). Albany, New York: Graywind Publications.
- DiNardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M. & Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM—III—R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule—Revised (ADIS—R). *Archives of General Psychiatry*, 50, 251—256.
- Dixon, A. K. (1998). Ethological strategies for defense in animals and humans: Their role in some psychiatric disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 417-445.
- Driscoll, R. (1988). Self-condemnation: A conceptual framework for assessment and treatment. *Psychotherapy*, 26, 104-111.
- Duarte, D. M. C. (2007). *Borderline Personality Disorder Severity Index: Estudos Preliminares de Validação da Versão Portuguesa*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., & Williams, A. A. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(1), 63-69.
- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Leon, A. C., Brodsky, B. S., & Frances, A. J. (1994) Clinical correlates of self mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1305-1311.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situation influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 234-252. doi: 10.1037/0022-3514.84.1.234
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40, 665-676. doi: 10.1016/j.paid.2005.08.008.

- Eisenberg, N., & Mussen, P. N. (1989). *The roots of prosocial behavior in children*. UK: Cambridge University Press.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Elison, J., Pulos, S., & Lennon, R. (2006). Shame focused coping: An empirical study of the compass of shame. *Social Behaviour and Personality*, 34, 161-169. doi: 10.2224/sbp.2006.34.2.161
- Ellenberg, H. F. (1970). The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry (pp.229-230). New York: Basic Books.
- Ellet, L., Lopes, B., Phil, M., & Chadwick, P. (2003). Paranoia in a nonclinical population of college students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 191(7), 425-430.
- Elliott, A. J., & Thrash, T. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperament and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 804-818. doi: 0.1037/0022-3514.82.5.804
- Epstein, M. (2006). *Open to Desire: The truth about what the Buddha taught*. New York: Gotham Books.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979. doi: 10.1016/j.cpr.2004.04.005
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence*, 28, 573-587. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.11.001
- Fairburn, C. G., & Shafran, Z. C. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00088-8.
- Faria, R., & Oulman, A. (1966). Medo [Interpretado por Amália Rodrigues]. Em *O melhor de Amália Rodrigues - Vol. ii* (2000) [CD].
- Favazza, A. R. (1992). Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, 22(2), 60-63.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under Siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1998). Coming age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283-289.
- Favazza, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal

- behavior. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 33(2), 172-185. doi: 10.1521/suli.33.2.172.22777
- Favazza, A. R., & Simeon, D. (1995). Self-mutilation. In E. Hollander & D. J. Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression* (pp. 185–200). London: Wiley
- Fedewa, B. A., Burns, L. R., & Gomez, A. A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1609-1619. doi: 10.1016/j.paid.2004.09.026
- Feigenbaum, J. (2010). Self-harm – The solution not the problem: The dialectical behaviour therapy model. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(2), 115-134. doi: 10.1080/02668731003707873.
- Fenigstein, A., & Vanable, P. A. (1992). Paranoia and self-consciousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 129-138.
- Ferguson, T. (2005). Mapping shame and its functions in relationships. *Child Maltreatment*, 10, 377-386.
- Fernando, J. (2001). Chuva [Interpretado por Mariza]. Em *Fado em Mim* [CD]. World Connection/EMI.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Fischer, D. G., & Elnitsky, S. (1990). A factor analytic study of two scales measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 201–207.
- Field, A., Psychol, C., & Morgan, J. (2004). Post-event processing and the retrieval of autobiographical memories in socially anxious individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 647-663. doi: 10.1016/j.janxdis.2003.08.004
- Field, T. M. (1998). Touch therapy effects on development. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 779-797.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV)*. Washington (DC): American Psychiatric Press.
- Fischer, K., W., & Tangney, J. P. (1995). Self-conscious emotions and the affect revolution: Framework and overview. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 3-22). New York: Guilford.
- Fogel, A., Melson, G. F., & Mistry, J. (1986). Conceptualizing the determinants of nurturance: A reassessment of sex differences. In A. Fogel & G. F. Melson (Eds.), *Origins of*

- nurturance: Development, biological and cultural perspectives on caregiving* (pp. 53-68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Forrest, M. S., & Hokanson, J. E. (1975). Depression and autonomic arousal reduction accompanying self-punitive behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 346-357.
- Fournier, M. A., Moskowitz, D. S., & Zuroff, D. C. (2002). Social rank strategies in hierarchical relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 425-433. doi: 10.1037/0022-3514.83.2.425
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K., & Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186, 427-435. doi: 10.1192/bjp.186.5.427
- Fruyt, F., Wiele, L., & Heeringen, C. (2000). Cloninger's psychobiological model of temperament and character and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 29, 441-452.
- Galhardo, j. & Valério, F. (2005). Não sei porque te foste embora. [interpretado por Amália Rodrigues] em *the very best of Amália Rodrigues* (2 CD), Trem Azul.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23(2), 219-227.
- Gana, K., & Trouillet, R. (2003). Structure invariance of the Temperament and Character Inventory (TCI). *Personality and Individual Differences*, 35(7), 1483-1495. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00364-1
- Geary, D. C. (2000). Evolution and proximate expression of human parental investment. *Psychological Bulletin*, 126, 55-57.
- Gerhardt, S. (2004). *Why love matters: How affection shapes a baby's brain*. London: Bruner-Routledge.
- Gerlma, C., Snijders, T. A. B., Van Duijin, M. A. J., & Emmerkamp, P. M. G. (1997). Parenting and Psychopathology: differences in family members' perceptions of parental rearing styles. *Personality and Individual Differences*, 23, 271-282.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, O. M. G., & Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and the perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.
- Gerlsma, C., Kramer, J. J. A. M., Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1994). The influence of mood on memories of parental rearing practices. *British Journal of Psychiatry*, 33, 159-172.
- Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T.,

- ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized controlled trial of schema-focused therapy vs transference focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- Giesen-Bloo, J. H., Wachters, L. M., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. *Personality and Individual Differences*, 49(2), 136–141. doi: 10.1016/j.paid.2010.03.023
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Applying a functional acceptance based model to smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35(4), 689-705. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80015-7
- Gilbert, P. (1984). *Depression: From psychology to brain state*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Gilbert, P. (1986a). Cognitive psychotherapy and social behaviour. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 14-20.
- Gilbert, P. (1986b). Depression in relation to cognitive psychobiology and behavioural strategies. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 2-13.
- Gilbert, P. (1988a). Emotional disorders, brain state and psychosocial evolution. In W. Dryden & P. Trower (Eds.), *Recent developments in cognitive psychotherapy* (pp. 41-70). London: Sage.
- Gilbert, P. (1988b). Psychobiological interactions in depression. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *handbook of life stress, cognition and health* (pp. 559-579). Chichester: Wiley.
- Gilbert, P. (1988c). Shame and guilt. *Changes*, 6, 50-53.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (1990). Changes: Rank, status and mood. In S. Fisher & C. Cooper (Eds.), *On the move: The psychology of change and transition* (pp. 33-52). Chichester: Wiley.
- Gilbert, P. (1991a). An evolutionary approach to the conceptualisation of mental health. In D. Trent (Ed.), *Proceedings of the first annual conference on mental health*. London: Avery Press.
- Gilbert, P. (1991b). Invited Essay: Depression: New books and conceptualisations of an old problem. *British Journal of Psychology*, 82, 119-126.
- Gilbert, P. (1992a). *Counseling for depression*. London: Sage.
- Gilbert, P. (1992b). Defense, safety and biosocial goals in relation to the agonistic and hedonic social modes. *Journal of General Evolution (Special Edition)*, 35, 31-70.
- Gilbert, P. (1992c). *Depression: The Evolution of Powerlessness*. Hove: Lawrence Erlbaum; and New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (1993). Defense and safety: Their function in social behavior and psychopathology.

- gy. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 131-153.
- Gilbert, P. (1994). Male violence: Towards an integration. In J. Archer (Ed.), *Male violence* (pp. 352-389). London: Routledge and Kegan Paul.
- Gilbert, P. (1995a). Attachment, co-operation and rank: The evolution of the need for status and support. In T. Brugha (Ed.), *Social support and psychiatric disorder. Research findings and guidelines for clinical practice* (pp. 117-141). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gilbert, P. (1995b). Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 135-156.
- Gilbert, P. (1995c). Power, social rank and depression: Comments on Price and Gardner. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 211-215.
- Gilbert, P. (1996). Working with depressed people. In R. Bayne, I. Horton & J. Bimrose (Eds.), *New directions in counseling* (pp. 139-152). London: Routledge.
- Gilbert, P. (1997a). The biopsychosociology of meaning. In M. Power & C. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning: Reconciling theory and therapy in cognitive, behaviour and related therapies* (pp. 33-56). Chichester: J. Wiley.
- Gilbert, P. (1997b). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113-147.
- Gilbert, P. (1998a). The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *British journal of Medical psychology*, 71, 447-463.
- Gilbert, P. (1998b). Evolutionary psychopathology: Why isn't the mind designed better than it is? *British Journal of Medical Psychology*, 71(4), 353-374.
- Gilbert, P. (1998c). Evolution, suffering and psychotherapy. In C. Feltham (Ed.), *Witness and vision of the therapist* (pp. 94-122). London: Sage.
- Gilbert, P. (1998d). Preface and outline. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 351-352.
- Gilbert, P. (1998e). Shame and humiliation in complex cases. In N. Tarrier, G. Haddock & A. Wells (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural approach* (pp. 241-271). Chichester: John Wiley & Sons.
- Gilbert, P. (1998f). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 3-36). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000a). *Overcoming depression: A self-guide using cognitive behavioral techniques* (Rev. Ed.). London: Robinsons; New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000b). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilbert, P. (2000c). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner

- warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2000d). Varieties of submissive behaviour: Their evolution and role in depression. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat. An evolutionary approach to mood disorders* (pp. 3-46). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Gilbert, P. (2001a). Depression and stress: A biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms. *The International Journal of the Biology of Stress*, 4, 121-135.
- Gilbert, P. (2001b). Evolution and social anxiety: The role of social competition and social hierarchies. *Social Anxiety: Psychiatric Clinics of North America*, 24, 723-751.
- Gilbert, P. (2001c). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defenses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17-27.
- Gilbert, P. (2002a). Body shame: A biopsychological conceptualisation and overview, with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 3-54). London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2002b). Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(3), 263-294.
- Gilbert, P. (2002c). Understanding the biopsychosocial approach: 1. Conceptualisation. *Clinical Psychology*, 14, 13-17.
- Gilbert, P. (2002d). Understanding the biopsychosocial approach: 11. Individual and social interventions. *Clinical Psychology*, 15, 28-32.
- Gilbert, P. (2003a). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70(4), 1205-1230.
- Gilbert, P. (2003b). Shame, stigma and the family: "Skeletons in the Cupboard" and the role of shame. In A. H. Crisp (Ed.), *Every family in the land: Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness* (pp. 129-136). London: The Royal Society of Medicine Press.
- Gilbert, P. (2004a). A much needed macro level view: A commentary on Henriques' "Psychology Defined". *Journal of Clinical Psychology*, 60, 1223-1226.
- Gilbert, P. (2004b). Depression: A biopsychosocial, integrative and evolutionary approach. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp. 99-142). Chichester: J. Wiley.
- Gilbert, P. (2004c). Evolution, attractiveness and the emergence of shame and guilt in a self-aware mind: A reflection on Tracy and Robins. *Psychological Inquiry*, 15, 132-135.
- Gilbert, P. (2004d). *Evolutionary therapy and cognitive theory*. New York: Springer Verlag.
- Gilbert, P. (2004e). Psychotherapies. *Medicine: Psychiatry*, 32, 8, 67-69.
- Gilbert, P. (2004f). Threat safeness and schizophrenia: Hidden issues in an evolutionary

- story. *Behavioral and Brain Sciences*, 27(6), 858-859. doi: 10.1017/S0140525X04260198
- Gilbert, P. (2005a). Bullying in prisons: An evolutionary and biopsychosocial approach. In J. L. Ireland (Ed.), *Bullying in prisons: Innovations in theory and research* (pp. 176-190). Uffculme, Devon: Willan.
- Gilbert, P. (2005b). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2005c). *Compassion: Conceptualisations. Research and Use in Psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2005d). Social Mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 299-335). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2006a). A biopsychosocial and evolutionary approach to formulation with a special focus on shame. In N. Tarrow (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases* (pp. 81-112). Hove: Routledge.
- Gilbert, P. (2006b). Evolution and depression: Issues and implications (invited review). *Psychological Medicine*, 36, 287-297.
- Gilbert, P. (2006c). Old and new ideas on the evolution of mind and psychotherapy. *Clinical Neuropsychiatry*, 3(2), 139-153.
- Gilbert, P. (2007a). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. In N. P. Gilbert, & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies* (pp. 106-142). Hove: Routledge.
- Gilbert, P. (2007b). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J. L. Tracy, R. W. Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 283-309). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2007c). Thinking, self-awareness, social goals and the role of shame in depression. In P. Gilbert (Ed.), *Psychotherapy and counselling for depression* (3rd Ed.) (pp. 112-144). London: Sage.
- Gilbert, P. (2009a). Compassion focused therapy: Approach and practices. *Healthcare Counselling and Psychotherapy Journal*.
- Gilbert, P. (2009b). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2009c). Developing a compassion focused approach in cognitive behavioural therapy. In G. Simos (Ed.), *Cognitive behaviour therapy, a guide to the practicing clinician*. Volume II. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009d). Evolved minds and compassion focused imagery in depression. In L.

- Stopa (Eds.), *Imagery and the threatened self: Perspectives on mental imagery in cognitive therapy* (pp. 206-231). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009e). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2009f). Moving beyond cognitive therapy. *The Psychologist*, 22, 400-403.
- Gilbert, P. (2010a). *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series*. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2010b). Compassion focused therapy: Special issue. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 95-201. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.95
- Gilbert, P. (in press). Shame in Psychotherapy and the Role of Compassion Focused Therapy. In R. L. Dearing & J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour*. New York: Guilford.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1994). Assertiveness, submissiveness behaviour and social comparison. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 295-306.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585-598.
- Gilbert, P., Allan, S., Ball, L., & Bradshaw, Z. (1996). Overconfidence and personal evaluations of social rank. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 59-68.
- Gilbert, P., Allan, S., Brough, S., Melley, S., & Miles, J. (2002). Relationship of anhedonia and anxiety to social rank, defeat and entrapment. *Journal of Affective Disorders*, 71, 141-151. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00392-5
- Gilbert, P., Allan, S., & Goss, K. (1996). Parental representations, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 23-34.
- Gilbert, P., Allan, S., Nicholls, S., & Olsen, K. (2005). The assessment of psychological symptoms of patients referred to Community Mental Health Teams: Distress chronicity and life interference. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(1), 10-27. doi: 10.1002/cpp.426
- Gilbert, P., Allan, S., & Pehl, J. (1994). The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 23-36.
- Gilbert, P., Allan, S., & Trent, D. (1995). Involuntary subordination or dependency as key dimensions of depressive vulnerability. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 740-752.
- Gilbert, P., Allan, S., & Trent, D. (1996). A short measure of social and separation anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 155-161.
- Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds.). (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychotherapy and culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., & Bailey, K. (2000). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychothera-*

- py. London: Routledge.
- Gilbert, P., Bailey, K. G., & McGuire, M. T. (2000). Evolutionary psychotherapy: Principles and outline. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp.3-27). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarter*, 20(2), 183-200. doi: 10.1891/088983906780639817
- Gilbert, P., Bhundia, R., Mitra, R., McEwan, K., Irons, C., & Sanghera, J. (2007). Cultural differences in shame-focused attitudes towards mental health problems in Asian and non-Asian student women. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(2), 127-141. doi: 10.1080/13694670500415124
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden, A., Olsen, K., & Milles, J. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31, 1117-1127. doi: 10.1017/S003329170105409z.
- Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 124–133. doi: 10.1002/cpp.438
- Gilbert, P., Broomhead, C., Irons, C., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2007). Striving to avoid inferiority: Scale development and its relationship to depression, anxiety and stress. *British Journal of Social Psychology*, 46, 633-648. doi: 10.1348/014466606X157789
- Gilbert, P., Cheung, M., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 108-115. doi: 10.1002/cpp.359.
- Gilbert, P., Cheung, M., Irons, C., & McEwan, K. (2005). An exploration into depression focused and anger focused rumination in relation to depression in a student population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 273-283. doi: 10.1017/S1352465804002048
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. doi: 10.1348/014466504772812959
- Gilbert, P., Durrant, R., & McEwan, K. (2006). Investigating the relationship between perfectionism, forms and functions of self-criticism and sensitivity to put-down. *Per-*

- sonality and Individual Differences*, 41, 1299-1308. doi: 10.1016/j.paid.2006.05.004
- Gilbert, P., & Gerlsma, C. (1999). Recall of Shame and favouritism in relation to psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 357-373. doi: 10.1348/014466599162962
- Gilbert, P., & Ghadiali, H. H. (1994). Threats and terrors to knowing. *Journal of Pastoral Counselling*, XXIX, 10-32.
- Gilbert, P., & Gilbert, J. (2003). Entrapment and arrested fight and flight in depression: An exploration using focus groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 76(2), 173-188. doi:10.1348/147608303765951203
- Gilbert, P., Gilbert, J., & Irons, C. (2004). Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 149-160. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00405-6
- Gilbert, P., Gilbert, J., & Sanghera, J. (2004). A focus group exploration of the impact of izzat, shame, subordination and entrapment on mental health and service use in South Asian women living in Derby. *Mental Health, Religion and Culture*, 7, 109-130. doi: 10.1080/13674670310001602418
- Gilbert, P., Hughes, W., & Dryden, W. (1989). The therapist as the crucial variable in psychotherapy. In W. Dryden & L. Spurling (Eds.), *On becoming a psychotherapist* (pp. 3-13). London: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004a). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12(4), 507-516. doi: 10.1080/09658210444000115
- Gilbert, P., & Irons, C. (2004b). Working with compassionate images in a group of self-critical people attending a self-help group for depression. *Memory*, 12, 507-516. doi: 10.1080/09658210444000115
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.
- Gilbert, P., & Irons, C. (2009). Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. In N. Allen (Ed.), *Psychopathology in adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gilbert, P., Irons, C., Olsen, K., Gilbert, J., & McEwan, K. (2006). Interpersonal sensitivities: Their link to mood, anger and gender. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 79, 37-51. doi: 10.1348/147608305X43856
- Gilbert, P., & Leahy, R. (2007a). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. In N. P. Gilbert, & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 3-23). Hove: Routledge.

- Gilbert, P., & Leahy, R. (2007b). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies*. London: Routledge.
- Gilbert, P., Lee, D. A., & Welford, M. (2006). *Overcoming shame and relentless self-attack*. A clinical aide download at www.compassioantemind.co.uk – available for free
- Gilbert, P., McEwan, K., Hay, J., Irons, C., & Cheung, M. (2007). Social rank and attachment in people with a bipolar disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(1), 48-53. doi: 10.1002/cpp.508
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2009). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, 1-15. doi: 10.1348/01446609X479771
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2009). Self-harm in mixed clinical population: the roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, 1-15. doi: 10.1348/014466509x479771.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Broomhead, C., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority, are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(2), 123-136. doi: 10.1348/147608308X379806
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *Journal of Positive Psychology*, 3(3), 182-191. doi: 10.1080/17439760801999461
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., ... Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and in patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6, 135-143.
- Gilbert, P., & McGuire, M. T. (1998). Shame, status, and social roles: Psychobiology and evolution. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 99-125). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000a). Evolution, genes, development and psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(4), 246-255. doi: 10.1002/1099-0879(200010)7:4<246::AID-CPP255>3.0.CO;2-5
- Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000b). Sensitivity to put-down: Its relationship to perceptions of shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29(4), 757-774. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00230-5
- Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2002). *Body shame: Conceptualizations, research and treatment*.

London: Brunner-Routledge.

- Gilbert, P., & Perris, C. (2000). Early experiences and subsequent psychosocial adaptation. An introduction. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 243-245. doi: 10.1002/1099-0879(200010)7:4<243::AID-CPP254>3.0.CO;2-H
- Gilbert, P., Price, J. S., & Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related? *New Ideas in Psychology*, 13(2), 149-165.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. doi:10.1002/cpp.507
- Gilbert, P., & Reynolds, S. (1990). The relationship of the Eysenck Personality Questionnaire and Beck's Concepts of Sociotropy and Autonomy. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 319-324.
- Gilbert, P., & Titch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness and compassion. In F. Didanno (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99-110). New York: Springer.
- Gilbert, P., & Trower, P. (1990). The evolution and manifestation of social anxiety. In R. Cozier (Ed.), *Shyness and embarrassment: Perspectives from social psychology* (pp. 144-177). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gilbert, P., & Trower, P. (2001). Evolution and process in social anxiety. In W. R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 259-279). Chichester: J. Wiley & Sons.
- Gillath, O., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). An attachment-theoretical approach to compassion and altruism. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 121-147). London: Brunner-Routledge.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483-2490. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.002
- Gloster, A. T., Rhoades, H. M., Novy, D., Klotsche, J., Senior, A., Kunik, M., Wilson, N., & Stanley, M. A. (2008). Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 110, 248-259. doi: 10.1016/j.jad.2008.01.023
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-45.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological-Medicine*, 27, 191-197
- Goodman, S. H. (2002). Depression and early life adverse experiences. In I. H. Gotlib & C.

- L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 245-267). New York: Guilford Press.
- Goss, K., & Gilbert, P. (2002). Eating disorders, shame and pride: a cognitive-behavioural functional analysis. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 219-255). London: Brunner-Routledge.
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures I: The other as shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 713-717.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., & Kaufhold, J. (2006). Social Anxiety in Anorexia and Bulimia Nervosa: The Mediating Role of Shame. *Clinical Psychological and Psychotherapy*, 13(1), 12-19. doi: 10.1002/cpp.463
- Gramzow, R., & Tangney, J. (1992). Proneness to Shame and the Narcissistic Personality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 369-380.
- Gratz, K. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 243-263.
- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 192-205. doi: 10.1093/clipsy/bpg022
- Gratz, K. L. (2004). Differences in emotional responding between female college students with and without current deliberate self-harm. In M. L. Rasmussen Hall (Chair), Emotional responding and emotion regulation in self-harm. Symposium presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250. doi: 10.1037/0002-9432.76.2.238.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1091-1103. doi: 10.1002/jclp.20417.
- Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men and Masculinity*, 8, 1-14.
- Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2009). *Freedom from self-harm: Overcoming self-injury with skills from DBT and other treatments*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25-35. doi:

10.1016/j.beth.2005.03.002

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance and mindfulness-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness & acceptance processes in clients: Illuminating the theory & practice of change* (pp. 107-134). Oakland: New Harbinger Publications.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140. doi: 10.1037/0002-9432.72.1.128
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Graziano, W. G., Jensen-Campbell, L. A., Todd, M., & Finch, J. (1997). Interpersonal attraction from an evolutionary psychology perspective: Women's reactions to dominant and prosocial men. In J. A. Simpson & D. T. Kenrick (Eds.), *Evolutionary social psychology* (pp. 141-167). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Greenberg, D., Rice, H., Cooper, J. P., Cabeza, R., Rubin, D., & LaBar, K. (2005). Co-activation of the amygdala, hippocampus and inferior frontal gyrus during autobiographical memory retrieval. *Neuropsychologia*, 43(5), 659-674. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2004.09.002
- Greenberg, J. R., & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Elliott, R. K., & Foerster, F. S. (1990). Experiential processes in the psychotherapeutic treatment of depression. In C. D. McCann & N. S. Endler (Eds.), *Depression: New directions in theory, research, and practice* (pp. 157-185). Toronto: Wall and Emerson.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenwald, D. F., & Harder D. W. (1998). Domains of shame: Evolutionary, cultural, and psychotherapeutic aspects. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 225-245). New York: Oxford University Press.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A random-

- ized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336-343. doi: 10.1037/0022-006X.75.2.336
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, ... Swann, A. C. M. T. (2001). Internal consistency, intercriterion overlap, and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 264-272.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A., & Gilbert, P. (2010). A compassion focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 186-201. doi: 10.1521/ijct.2010.3.2.186
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline Personality Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G. (1988). Personality disorders. In A. M. Nicholi (Ed), *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Cambridge, MA: Belknap Press.
- Gunderson, J. G. (1996). Borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J. G., Daversa, M. T., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Shea, M. T., ... Stout, R. L. (2006). Predictors of 2-year outcome for patient with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 822-826. doi: 10.1176/appi.ajp.163.5.822.
- Gunderson, J. G. & Links, P. S. (2008). *Borderline Personality Disorder: A clinical guide*. (2nd ed.) American Psychiatric Press, Inc: Washington, DC
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-10.
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., & Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 128-140.
- Hamilton, W. D. (1964). The genetical evolution of social behaviour Part I. *Journal of Theoretical Biology*, 7(1), 1-16. doi: 10.1016/0022-5193(64)90038-4
- Hammen, C., Henry, R., & Daley, S. (2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 782-787. doi: 10.1037/0022-006X.68.5.782
- Hanh, T. N. (1995). *Peace is Every Step: The path of mindfulness in everyday life*. New York: Rider.

- Harder, D. W. (1995). Shame and guilt assessment, and relationship of shame-and-guilt-proneness to psychopathology. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 368-392). New York: Guilford.
- Harder, D. W., Cutler, L., & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59, 584-604.
- Harder, D. W. & Greenwald, D. (2000). The psychotherapy of shame-related pathology from an evolutionary perspective. In P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 304-329). Hove: Brunner-Routledge.
- Harman, R., & Lee, D. (2009). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in Post-Traumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(1), 13-24. doi: 10.1002/cpp.636
- Harper, F. W. K., & Arias, I. (2004). The role of shame in predicting adult anger and depressive symptoms among victims of child psychological maltreatment. *Journal of Family Violence*, 19(6), 359-367. doi: 10.1007/s10896-004-0681-x
- Hartlage, S., Arduino, K., & Alloy, L. B. (1998). Depressive personality characteristics: state dependent concomitants of depressive disorder and traits independent of current depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 349-354.
- Haslam, N. (1997). Four Grammars for Primate Social Relations. In J. A. Simpson & D. T. Kenrick (Eds.), *Evolutionary social psychology* (pp. 297-315). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54.
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420. doi: 10.1080/03637750903310360
- Hayes, S. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. Hayes, N. Jacobson, V. Follette, & M. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Strosahl, D. K., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, G. K. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In C. S. Hayes & D. K. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp.3-21). New York: Springer.
- Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experi-*

- ential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. & Stroschal, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hedley, D. & Young, R.L., (2006). Social comparison and depression symptoms in children and adolescents with Asperger syndrome. *Autism*, 10(2), 139-153.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., ... Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284(5), 592-597.
- Henriques, J. B., & Davidson, R. J. (1991). Left frontal hypoactivation in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 535-545.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Normative data and psychometric evaluation in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239. doi: 10.1348/014466505X29657
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68.
- Hinshaw, S. P. (2007). Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: Understanding for whom and how interventions work. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 664-675. doi: 10.1093/jpepsy/jslo55
- Hofer, M. (1994). Hidden regulators in attachment, separation, and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 192-207, 250-283.
- Holden, G. W., & Edwards, L. A. (1989). Parental attitudes toward child rearing: Instruments, issues, and implications. *Psychological Bulletin*, 106, 29-58.
- Holt, J. (1982). *How children fail*. New York: Penguin.
- Holt, R. D. (1985). Population dynamics in two-patch environments: Some anomalous consequences of an optimal habitat distribution. *Theoretical Population Biology*, 28, 181-208.
- Howell, D. (2007). *Statistical methods for psychology* (6th ed.). USA: Thomson Wadsworth.
- Huband, N., & Tantam, D. (2000). Attitudes to self-injury within a group of mental health staff. *British Journal of Medical Psychology*, 73(4), 495-504. doi: 10.1348/000711200160688
- Hunfeld, J., Wladimiroff, J., & Passchier, J. (1997). The grief of late pregnancy loss. *Patient Education and Counseling*, 31, 57-64.
- Insel, T. R. (1997). A neurobiological basis of social attachment. *American Journal of Psychiatry*, 154, 319-340.

- Iqbal, Z., Birchwood, M., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. Testing the validity of a social ranking model. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 522-528. doi: 10.1192/bjp.177.6.522
- Irons, C., & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression. The role of attachment and social rank systems. *Journal of Adolescents*, 28, 325-341. doi:10.1016/j.adolescence.2004.07.004
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 297-308. doi: 10.1348/014466505X68230
- Izard, C. (1993). Four systems for emotional activation: Cognitive and noncognitive processes. *Psychological Review*, 100, 68-90.
- Jacoby, M. (1994). *Shame and the origins of self-esteem: A Jungian approach*. London: Routledge.
- Jobim, A. C., & de Moraes, V. (1987). A Felicidade [Interpretado por João Gilberto]. Em *Live in Montreaux* [CD]. Elektra.
- Jolly, J. B., Dyck, M. J., Kramer, T. A., & Wherry, J. N. (1994). Integration of positive and negative affectivity and cognitive content-specificity: Improved discrimination of anxious and depressed symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 544-552.
- Joseph, S. (2000). Psychometric Evaluation of Horowitz's Impact of Event Scale: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 101-114.
- Kachler, L. A., & Freyd, J. J. (2009). Borderline personality characteristics: A betrayal trauma approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(4), 261-268. doi:10.1037/a0017833
- Kaufman, G. (1989). *The psychology of shame*. New York: Springer.
- Keller, J. (2008). On the development of regulatory focus: The role of parenting styles. *European Journal of Social Psychology*, 38(2), 354-364. doi: 0.1002/ejsp.460
- Kellett, S., & Gilbert, P. (2001). Acne: A biopsychosocial and evolutionary perspective with a focus on shame. *British Journal of Health Psychology*, 6(1), 1-24. doi: 10.1348/135910701169025
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, P. (in press). Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*.
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cog-*

- nitive Therapy and Research*, 33, 301-313. doi: 10.1007/s10608-008-9202-1
- Keltner, D. (1995). Signs of appeasement: Evidence for the distinct displays of embarrassment, amusement and shame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 441-454.
- Keltner, D., & Harker, L. (1998). The Forms and Functions of the Nonverbal Signal of Shame. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 78-98). New York: Oxford University Press.
- Kemper, T. D. (1990). Social structure and testosterone: Explorations of the socio-bio-social chain. New Brunswick: Rutgers University Press
- Kessler, R. C., & Magee, W. J. (1993). Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*, 23, 679-690.
- Keville, S. (2003). Body Shame: Conceptualization, research and treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 329-341. doi: 10.1348/01446650360703429
- Kitayama, S., Markus, H. R., & Matsumoto, H. (1995). Culture, self and emotion: A Cultural perspective on self-conscious emotions. In J. Tangney & K. Fischer (Eds.), *Self-Conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 439-464). New York: Guilford.
- Kline, R. B. (1998). Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16(4), 343-364.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008a). Resisting urges to self-injure. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 211-220. doi: 10.1017/S1352465808004128
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008b). Psychosocial risk and protective factors for self-injury. In M. K. Nixon & N. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*.
- Klonsky, E. D. & Glenn, C. R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215-219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056. doi: 10.1002/jclp.20412
- Klonsky, E. D., Olthmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a non-clinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501

- Knox, J. (2003). *Archetype, Attachment and Analysis*. London: Routledge.
- Kocalevent, R. D., Fliege, H., Rose, M., Walter, M., Danzer, G., & Klapp, B. F. (2005). Autodestructive syndromes: A literature review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 202-211. doi: 10.1159/000085143
- Koestner, R., Zuroff, D. C., & Powers, T. A. (1991). Family origins of adolescent self-criticism and its continuity into adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 191-197.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kraemer, H. C., Kiernan, M., Essex, M., & Kupfer, D. J. (2008). How and why criteria defining moderators and mediators differ between the Baron & Kenny and MacArthur approaches. *Health Psychology*, 27(2), S101-S108. doi: 10.1037/0278-6133.27.2
- Kremers, I., Spinhoven, P., & van der Does, A. (2004). Autobiographical memory in depressed and non-depressed patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 17-29. doi: 10.1348/014466504772812940
- Kuyken, W., & Brewin, C. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585-591.
- Laland, K. N., & Brown, G. R. (2002). *Sense and Nonsense: Evolutionary perspectives on human psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Langbehn, D. R., & Pfohl, B. (1993). Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 45-51.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35, 1268-1282. doi: 10.1037/0012-1649.35.5.1268
- Leary, M. R. (2003). *The Curse of the Self: Self-awareness, egotism and the quality of human life*. New York: Oxford University Press.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2002). A Model of Emotional Schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-191.
- Leahy, R. L. (Ed.) (2005). Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change. New York: The Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2007). Schematic mismatch in the therapeutic relationship: A social-cognitive model. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 229-254). Routledge.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster Paperbacks.
- LeDoux, J. (1998). Fear and the brain: Where have we been, and where are we going? *Biolog-*

- ical Psychiatry*, 44, 1229-1238.
- Lee, D. A. (2005). The perfect nurturer: A model to develop a compassionate mind within the context of cognitive therapy. In P. Gilbert (Ed.) *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 326-351). London: Routledge.
- Lee, D., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 451-467. doi: 10.1348/000711201161109
- Leeming, D., & Boyle, M. (2004). Shame as a social phenomenon: A clinical analysis of the concept of dispositional shame. *Psychology and Psychotherapy*, 77(3), 375-397. doi: 10.1348/1476083041839312
- Legg, L., & Gilbert, P. (2006). A pilot study of gender of voice and gender of patient in psychotic voice hearers. *Psychology and Psychotherapy*, 79, 517-527. doi: 10.1348/147608305X70955
- Leibenluft, E., Gardner, D., & Cowdry, R. (1987). The inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, 1, 317-324.
- Leighton, T. D. (2003). *Faces of Compassion: Classic bodhisattva archetypes and their modern expression*. Boston, MA: Wisdom.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185, 240-246.
- Lewis, H. B. (1986). The role of shame in depression. In M. Rutter, C. E. Izard, & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp. 325-339). New York: Guilford Press.
- Lewis, H. B. (1987a). Shame – the “sleeper” in psychology. In H.B. Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation* (pp. 1-28). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lewis, H. B. (1987b). The role of shame in depression over the life span. In H.B. Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation* (pp. 29-50). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.
- Lewis, M. (1993). The emergence of human emotions. In M. Lewis & M. Haviland, (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 223-235). New York: Guilford Press.
- Lewis, M. (1995). Self-conscious emotions. *American Scientist*, 83, 68-78.
- Lewis, M. (2000). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 623-636). New York: Guilford Press.
- Lewis, M. & Ramsay, D. (2002). Cortisol response to embarrassment and shame. *Child Development*, 73(4), 1043-1045. doi: 10.1111/1467-8624.00455
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16770-6

- Lillis, J., & Hayes, S. C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(4), 348-354.
- Lindsay-Hartz, J. (1984). Contrasting experiences of shame and guilt. *American Behavioural Scientist*, 27, 689-704.
- Lindsay-Hartz, J., de Rivera, J., & Mascolo, M. (1995). Differentiating Guilt and Shame and Their Effects on Motivations. In J. P. Tangney & K. M. Fischer (Eds.), *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment and Pride* (pp. 274-300). New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Dialectical Behavior Therapy*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Saurez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991) Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303-312. doi: 10.1037/1040-3590.18.3.303.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Linehan, M. M., & Heard, H. L. (1999) Borderline personality disorder: Cost, course, and treatment outcomes. In N. Miller & K. Magruder (Eds.). *The cost effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners* (pp.291-305). New York: Oxford University Press.
- Linehan, M. M., Tuket, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Liotti, G. (1993). Disorganized attachment and dissociative experiences: An illustration of the developmental-ethological approach to cognitive therapy. In K. T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action* (pp.213-239). San Francisco: Jossey-Bass.
- Liotti, G. (2000). Disorganized attachment, models of borderline states and evolutionary

- psychotherapy. In P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (pp.232-255). Hove: Brunner-Routledge.
- Liotti, G. (2002) The inner schema of borderline states and its correction during psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(3), 349-366.
- Liotti, G., & Gilbert, P. (in press). Mentalizing, motivations and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*.
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2010). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(1), 75-79. doi: 10.1002/cpp.693
- Lockwood, C. M., & MacKinnon, D. P. (1998). Bootstrapping the standard error of the mediated effect. In *Proceedings of the Twenty-third Annual SAS Users Group International Conference*. Cary, NC: SAS Institute.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliffe, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849-1856. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.09.019
- Lopes, B. (2010). *Paranóia e Ansiedade Social na população clínica: Dois fenómenos diferentes?* Dissertação de Doutoramento não publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lopes, B., & Pinto-Gouveia, J. (2005). Portuguese version of the 'General Paranoia Scale'. Manuscrito não publicado.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Lovinbond, P., & Lovinbond, H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with beck depressive and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 335-343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd. Ed.). Sydney: Psychology Foundation. ISBN 7334-1423-0.
- Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M. & Duggan, C. (2000). Childhood trauma, dissociation and self-harming behavior: A pilot study. *British Journal of Medical Psychology*, 73(2), 269-278. doi: 10.1348/000711200160363
- Lutwak, N., & Farrari, J. R. (1996). Moral affect and cognitive processes: Differentiating shame from guilt among men and women. *Personality and Individual Differences*, 21(6), 891-896. doi: 10.1016/S0191-8869(96)00135-3

- Lutwak, N., & Farrari, J. R. (1997). Understanding shame in adults: Retrospective perceptions of parental-bonding during childhood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(10), 595-598.
- Lyubomirsky, S., & Ross, L. (1997). Hedonic consequences of social comparison: a contrast of happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1141-1157. doi: 10.1037/0022-3514.73.6.1141
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., & Kasri, F. (2001). Responses to hedonically conflicting social comparisons: Comparing happy and unhappy people. *European Journal of Social Psychology*, 31, 511-535.
- MacAdam, E., & Gilbert, P. (1985). Cognitive therapy as a psychotherapy in child, adolescent and family psychiatry. *Association for Child Psychology and Psychiatry (Newsletter)*, 7, 19-27.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
- MacDonald, J., & Morley, L. (2001). Shame and nondisclosure: A study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 74(1), 1-21. doi: 10.1348/000711201160731
- Mack, J. (1975). *Borderline states: An historical perspective*. New York: Grune & Stratton.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99-128. doi: 10.1207/s15327906mbr3901_4
- MacLean, P. (1985). Brain evolution relating to family, play and the separation call. *Archives of General Psychiatry*, 42(4), 405-417.
- MacLean, P. D. (1990). *The tribune brain in evolution*. New York: Plenum.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, A., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 279-284. doi: 10.1521/pedi.1997.11.3.279
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial N° 209), 66-104.
- Mangan, J. M., Wittich, A. R. & Gerald, L. B. (2007). The potential for reducing asthma disparities through improved family and social function and modified health behaviors. *Chest*, 132 (5 Suppl), 789S-801S. doi: 0.1378/chest.07-1908
- Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A Literature Review of Deliberate Self-Harm. *Perspec-*

- tives in Psychiatric Care*, 44(3), 175-183. doi: 10.1111/j.1744-6163.2008.00172.x
- Marks, I. (1987). Fears phobias and rituals: panic, anxiety and their disorders. *Ethology and Sociobiology*, 15, 247-261.
- Maroco, J. (2010a). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Lisboa: ReportNumber, Lda.
- Maroco, J. (2010b). *Análise estatística: Com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Marteinsdottir, I., Tillfors, M., Furmark, T., Anderberg, U. M., & Ekselius, L. (2003). Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(1), 29-35.
- Martin, Y., Gilbert, P., McEwan, K., & Irons, C. (2006). The relation of entrapment, shame and guilt to depression, in careers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 10(2), 101-106. doi: 10.1080/13607860500311953
- Mascolo, M., & Fischer, K. (1995). Developmental transformations in appraisals of price, shame and guilt. In J. Tangney & K. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 64-113). New York: Guilford.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.227
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2009). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.659
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 299-312. doi: 10.1002/cpp.659.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). *Centrality of shame memory as a moderator on the relationship between shame and depression*. Manuscrito submetido para publicação.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da escala de Dissociação Des-II (manuscrito em preparação).
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Costa, V. (2011). Understanding the importance of attachment in shame traumatic memory relation to depression: The impact of emotion regulation processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.786.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). *Other as Shamer: Portuguese version of an external shame measure*. Manuscrito submetido para publicação.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P (2011). *The effect of shame and shame memories on paranoia ideation and social anxiety in a general community sample*. Manuscrito em revisão.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, P. (2010). A Centralidade das Experiências de Vergonha: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala da Centralidade do Acontecimento. *Psicologia*, XXIV, 73-95.

- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (no prelo). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (EIA-R). *Psychologica*.
- Mayhew, S., L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113-138. doi: 10.1002/cpp.566
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life story. *Review of General Psychology*, 5(2), 100-122. doi: 10.1037//1089-2680.5.2.100
- McAdams, D. P., Josselson, R., & Lieblich, A. (Eds.). (2006). *Identity and story: Creating self in narrative*. Washington, DC: APA Books.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1-2), 159-166. doi: 10.1016/j.pain.2003.10.012
- McCracken, L. M., & Zhao-O'Brien (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14(2), 170-175. doi: 10.1016/j.ejpain.2009.03.004
- McEwan, K., & Gilbert, P. (2011). *Development of a competitiveness and caring scale: Its relationship to agency, communion, depression, anxiety and stress*. Manuscrito submetido para publicação.
- McGuire, M. T., & Troisi, A. (1987). Physiological regulation-disregulation and psychiatric disorders. *Ethology and Sociobiology*, 8, 9-12.
- McGuire, M., & Troisi, A. (1998). *Darwinian Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- McReynolds, P. (1989). Diagnosis and clinical assessment: current status and major issues. *Annual Review of Psychology*, 40, 83-108.
- Melo, A. I. (2006). Ansiedade aos Exames em contexto universitário. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2001). Attachment theory and intergroup bias: Evidence that priming the secure base schema attenuates negative reactions to out-groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 97-115. doi: 10.1037/0022-3514.81.1.97
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics and interpersonal processes. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol.35 (pp. 53-152). San Diego, CA: Academic Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Mental representations of attachment security: theoretical foundations for a positive social psychology. In M. W. Baldwin (Ed.), *In-*

- terpersonal cognition* (pp. 233-266). New York: Guilford.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood structure, dynamics and change*. The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (in press). Security-based self-representations in adulthood: Contents and processes. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Adult Attachment: New Directions and Emerging Issues*. New York: Guilford Press.
- Miles, J., & Gilbert, P. (2005). *Handbook of research methods in clinical and health psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Miller, R., & Marson, S. E. (2005). Shame and guilt in first-episode schizophrenia and schizoaffective disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(2), 211-221. doi: 10.1007/s10879-005-2701-4
- Milligan, R.-J., & Andrews, B. (2005). Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: The role of shame, anger and childhood abuse. *Legal and Criminological Psychology*, 10(1), 13-25. doi: 10.1348/135532504X15439
- Mills, A., Gilbert, P., Bellew, R., McEwan, K., & Gale, C. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(5), 358-364. doi: 10.1002/cpp.537
- Mokros, H. B. (1995). Suicide and shame. *American Behavioral Scientists*, 38(8), 1091-1103. doi: 10.1177/0002764295038008005
- Mongrain, M., Vetteuse, L. C., Shuster, B., & Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect, and behavior in the relationships of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 230-241. doi: 10.1037/0022-3514.75.1.230
- Morrison, A. (1987). The eye turned inward: Shame and the self. In D. L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame* (pp. 271-291). USA: The Guilford Press.
- Morrison, D., & Gilbert, P. (2001). Social rank, shame and anger in primary and secondary psychopaths. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 12(2), 330-356. doi: 10.1080/09585180110056867
- Murphy, E., Brewin, C. R. & Silka, L. (1997). The assessment of parenting using the parental bonding instrument: two or three factors? *Psychological Medicine*, 27(2), 333-342. doi: 10.1017/S0033291796004606
- Naish, J. (2008). *Enough: Breaking free from the world of more*. London: Hodder & Stoughton.
- Nathanson, D. L. (Ed.) (1996). *Knowing feeling. Affect, script and psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250. doi:10.1080/15298860390209035

- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9, 27–37.
- Neff, K. D. (2011). *Self-Compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. William Morrow: HarperCollins Publishers.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Personality*, 41, 139–154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002.
- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1992). Cognitive assessment in depression: a comparison of existing measures. *European Journal of Psychological Assessment*, 8(1), 45–56.
- Nelson, E. E. & Panksepp, J. (1998). Brain substrates of infant-mother attachment: Contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 22(3), 437–452. doi: 10.1016/S0149-7634(97)00052-3
- Nesse, R. H. (1991). What good is feeling well? *The Sciences*, 31, 30–7.
- Nesse, R. H. (1990). Evolutionary Explanations of the emotions. *Human Nature*, 1(3), 261–289. doi: 10.1007/BF02733986
- Nesse, R. M. (1998). Emotional disorders in evolutionary perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 71(4), 397–416. doi: 10.1111/j.2044-8341.1998.tb01000.x
- Nesse, R. M. (1999). Testing evolutionary hypotheses about mental disorders. In S. Stearns (Ed.). *Evolution in Health and Disease* (pp. 260–266). New York: Oxford University Press.
- Nesse, R. M., & Ellsworth, P. C. (2009). Evolution, emotions and emotional disorders. *American Psychologist*, 64, 129–139. doi: 10.1037/a0013503
- Nesse, R. M., & Williams, G. C. (1995). *Evolution and Healing: The new science of Darwinian Medicine*. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Ng, F., Trauer, T., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, S., & Berk, M. (2007). The validity of the 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales as a routine clinical outcome measure. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 304–310. doi: 10.1111/j.1601-5215.2007.00217.x
- Niedtfeld, I., & Schmahl, C. (2009). Emotion regulation and pain in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reviews*, 5, 48–54.
- Nijman, H. L. I., Dautzenberg, M., Merckelbach, H. L. G. J., Jung, P., Wessel, I., & Campo, J. (1999). Self-mutilating behavior in psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 14(1), 4–10. doi: 10.1016/S0924-9338(99)80709-3
- Nolen-Hoeksema, S. (1987) Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory.

- Psychological Bulletin*, 101, 259–82.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061–1072. doi: 10.1037/0022-3514.77.5.1061
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115–121. doi: 10.1037/0022-3514.61.1.115
- Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS): Psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress, and Coping: An International Journal*, 20, 253–265. doi: 10.1080/10615800701309279
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 85–91. doi: 10.1046/j.1440-1614.2000.00642.x
- Oakley-Browne, M. A., Joyce, P. R., Wells, J. E., Bushnell, J. A., & Hornblow, A. R. (1995). Adverse parenting for depression childhood experience as risk factors for depression in women aged 18–44 years. *Journal Affective Disorders*, 34(1), 13–23. doi: 10.1016/0165-0327(94)00099-U
- O'Connor, L., Berry, J. W., & Weiss, J. (1999). Interpersonal guilt, shame and psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(2), 181–204. doi: 10.1521/jscp.1999.18.2.181
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1–3), 19–27. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00408-6
- Ongen, D. (2006). The relationships between self-criticism, submissive behavior and depression among turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 41(5), 793–800. doi: 10.1016/j.paid.2006.03.013
- Osgood, C. E., Suci, G., & Tannenbaum, P. (1957). *The measurement of meaning*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo e adaptação do Questionário Geral de Saúde de 28 itens (General Health Questionnaire – QHG-28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 37–45.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão, stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologica*, 36, 235–246.
- Page, A. C., Hooke, G. R., & Morrison, D. L. (2007). Psychometric properties of the Depres-

- sion Anxiety Stress Scales (DASS) in depressed clinical samples. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 283-297. doi: 10.1348/014466506X158996
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4th ed.). England: McGrawHill
- Palmer, A., & Gilbert, P. (1997). Manic-Depression: What psychologists can do to help. In V.P. Varma (Eds.), *Managing manic-depressive disorder* (pp. 42-61). London: Kingsley.
- Panskepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135(1), 17-36. doi: 10.1080/00223980109603677
- Paris, J. (1993). Treatment of borderline personality disorder in the light of the research on its long-term outcome. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, S28-S34
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 530-535.
- Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. New York: Grune and Stratton.
- Parker, G. (1989). The parental bonding instrument: Psychometric properties reviewed. *Psychiatric Developments*, 4, 317-335.
- Parker, G. (1994). Parental bonding and depressive disorders. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 299-312). New York: Guilford Press.
- Parker, G. (1993). Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 97-100. doi: 10.1007/BF00801738
- Parker, G. (2005). Beyond major depression. *Psychological Medicine*, 35(4), 467-474. doi: 10.1017/S0033291704004210
- Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., Greenwald, S., & Weissman, M. (1995). Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 33(3), 173-180. doi: 10.1016/0165-0327(94)00086-O
- Parker, G., Roussos, J., Hadzi-Pavlovic, D., Mitchell, P., Wilhelm, K., & Austin, M-P. (1997). The development of a refined measure of dysfunctional assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1193-1203. doi: 10.1017/S003329179700545X
- Parker, G., Roy, K., Wilhelm, K., Mitchell, P., Austin, M-P., & Hadzi-Pavlovic, D. (1999). *An exploration of links between earlier parenting experiences and personality disorder type and disordered personality functioning*. *Journal of Personality Disorders*, 13(4),

361-374. doi: 10.1521/pedi.1999.13.4.361

- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867-872.
- Perren, S., & Alsaker, F. (2006). Social behavior and peer relationships of victims, bully victims and bullies in kindergarten. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(1), 45-57. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01445.x
- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eismann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 3-32). Chichester: Wiley.
- Perry, B., Pollard, R., Blakley, T., Baker, W., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use-dependent' development of the brain: How 'states' become 'traits'. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Matos, M., & Xavier, A. (2011). *Centrality of shame memories and psychopathology: The mediator effect of self-criticism*. Manuscrito submetido para publicação.
- Pinto-Gouveia, J., Gregório, S., Dinis, A., & Xavier, A. (2011). *Confirmatory factor analysis on the Portuguese version of Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) – Psychological inflexibility in clinical and non clinical samples*. Manuscrito submetido para publicação.
- Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2010). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*. doi: 10.1002/acp.1689
- Pinto-Gouveia, J., Matos, M., Castilho, P., & Xavier, A. (2012). *Differences between Depression and Paranoia: The role of emotional memories, shame and subordination*. Manuscrito em preparação.
- Pope, H. G., Jonas, J. M., Hudson, J. I., Cohen, B. M., & Gubderson, J. G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder: A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 40(1), 23-30.
- Porges, S. W. (1995). Cardiac vagal tone: A physiological index of stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 19(2), 225-233. doi: 10.1016/0149-7634(94)00066-A
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318. doi: 10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x
- Porges, S. W. (1996). Physiological regulation in high-risk infants: A model assessment and

- potential intervention. *Development and Psychopathology*, 8(1), 43-58. doi: 10.1017/S0954579400006969
- Porges, S. W. (1998). Love: An emergent property of the mammalian autonomic nervous system. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 837-861. doi: 10.1016/S0306-4530(98)00057-2
- Porges, S. W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, 79(3), 503-513. doi: 10.1016/S0031-9384(03)00156-2
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.06.009
- Power, M. J. (Ed.) (2004). *Mood disorders: A handbook of science and practice*. Chichester: Wiley.
- Powers, T. A., & Zuroff, D. C. (1988). Interpersonal consequences of overt self-criticism: A comparison with neutral and self-enhancing presentations of self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1054-1062. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1054
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. doi: 10.3758/BRM.40.3.879
- Preacher, K. J., & Leonardelli, G. J. (2010). *Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests*. Retrieved from <http://www.people.ku.edu/preacher/sobel/sobel.html>
- Price, J. S. (1988) Alternative channels for negotiating asymmetry in social relationships. In Chance MRA editors. *Social Fabrics of the Mind* (pp. 157-195). Hove: Lawrence Erlbaum.
- Price, J. S. & Sloman, L. (1987) Depression as yielding behavior: An animal model based on Schjelderup-Ebbe's pecking order. *Ethology and Sociobiology*, 8, 85S-98S. doi: 10.1016/0162-3095(87)90021-5
- Price, J. S., Sloman, L., Gardner, R., Gilbert, P., & Rohde, P. (1994). The social competition hypothesis of depression. *British Journal of Psychiatry*, 164(3), 309-315. doi: 10.1192/bjp.164.3.309
- Radden, J. (2000). *The nature of melancholy: From Aristotle to Kristeva*. New York: Oxford University Press.
- Raes, F., Hermans, D., Decker, A., Eelen, P., & Williams, J. M. G. (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: An experimental approach. *Emotion*, 3(2),

201-206. doi: 10.1037/1528-3542.3.2.201

- Ray, W. J., & Faith, M. (1995). Dissociative experiences in a college age population: Follow-up with 1190 subjects. *Personality and Individual Differences*, 18(2), 223–230. doi: 10.1016/0191-8869(94)00137-H
- Ray, W. J., June, K., Turaj, K., & Lundy, R. (1992). Dissociative experiences in a college-age population: A factor analytic study of two dissociation scales. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 417-424. doi: 10.1016/0191-8869(92)90069-2
- Rector, N. A., Bagby, R. M., Segal, Z. V., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy & Research*, 24, 571-584. doi: 10.1023/A:1005566112869
- Renneberg, B., Theobald, E., Nobs, M., & Weisbrod, M. (2005). Autobiographical memory in borderline personality disorder and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 343-358. doi: 10.1007/s10608-005-4267-4
- Restak, R. (2003). *The New Brain: How the modern age is re-wiring your mind*. New York: Rodale.
- Retzinger, S.M. (1995). Identifying shame and anger in discourse. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1104-1113. doi: 10.1177/0002764295038008006
- Retzinger, S. M. (1998). Shame in therapeutic relationship. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 206–223). New York: Oxford University Press.
- Reynolds, S., & Gilbert, P. (1991). Unemployment as a stressful life event: The interaction between vulnerability, protective factors and depression. *Journal of Counselling*, 34, 76-84.
- Richter, A., Gilbert, P. & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 171-184. doi: 10.1348/147608308X395213
- Richter, J., Richter, G., Eisemann, M., Seering, B., & Bartsch, M. (1994). Depression, perceived parental rearing, and self-acceptance. *European Psychiatry*, 10, 290-296.
- Ridley, M (2000). *Genome: The autobiography of a species*. London: Fourth Estate.
- Rijo, D. (2009). *Esquemas Mal-adaptativos Precoces: Validação do conceito e dos métodos de avaliação*. Dissertação de Doutoramento não publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rinpoche, R. T., & Mullen, K. (2005). The Buddhist use of compassionate imagery in Buddhist mediation. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 218-38). London: Brunner-Routledge.
- Robinson, J. A. (1996). Perspective, meaning and remembering. In D. C. Rubin (Ed.),

- Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 199-217). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Robinson, J. A., & Taylor, L. R. (1998). Autobiographical memory and self-narratives: A tale of two stories. In C. P. Thompson, D. J. Herrmann, D. Bruce, J. D. Read, D. G. Payne, & M. P. Toglia (Eds.), *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives* (pp. 125-143). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(3), 132-139.
- Rockliff, H., Karl, A., McEwan, K., Gilbert, J., Matos, M., & Gilbert, P. (2011). Effects of Intranasal Oxytocin on 'Compassion Focused Imagery'. *Emotion*. doi: 10.1037/a0023861
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R. & Schneier, F. R. (2006). The factor structure and screening utility of the social interaction anxiety scale. *Psychological Assessment*, 18(2), 231-237. doi: 10.1037/1040-3590.18.2.231
- Rodrigues, A. (1999). *Versos Amália Rodrigues*. Lisboa: Cotovia.
- Rojo-Moreno, L., Livianos-Aldana, L., Cervera-Martinez, G., & Dominguez-Carabantes, J. (1999). Rearing style and depressive disorder in adulthood: A controlled study in a spanish clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 548-554. doi: 10.1007/s001270050174
- Rooke, O., & Birchwood, M. (1998). Loss, Humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: A prospective study of depressed and non-depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(3), 259-268. doi: 10.1111/j.2044-8260.1998.tb01384.x
- Rosa, J. (2009). Escrevi teu nome no vento [Interpretado por Carminho]. Em *Carminho *Fado* [CD]. EMI, Music Portugal.
- Rosen, J. B., Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychological Review*, 105(2), 325-50. doi:10.1037/0033-295X.105.2.325.
- Rosenblum, L. A., Coplan, J. D., Friedman, S., Bassoff, T., Gorman, J. M., & Andrews, M. W. (1994). Adverse early experiences affect noradrenergic and serotonergic functioning in adult primates. *Biological Psychiatry*, 35(4), 221-227. doi: 10.1016/0006-3223(94)91252-1
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features and treatment of multiple personality* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Ross, S. & Heath, N. L. (2002). Self-mutilation in a high school community sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67-77. doi: 10.1023/A:1014089117419
- Ross, S., & Heath, N. L. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide & Life-*

- Threatening Behavior*, 33(3), 277-287. doi: 10.1521/suli.33.3.277.23218
- Roth, B., & Pressé, L. (2003). Nursing interventions for parasuicidal behaviors in female offenders. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(9), 20-29.
- Rothbard, J. C., & Shaver, P. R. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults – clinical and developmental perspectives* (pp. 31-71). New York: Guilford Press.
- Rubin, D. C. (2005). Basic-systems approach to autobiographical memory. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 79-83. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00339.x
- Rubin, D. C., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2004). Reliving emotions, and fragmentation in the autobiographical memories of veterans diagnosed with PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 18(1), 17-35. doi: 10.1002/acp.950
- Rubin, D. C., Schrauf, R., & Greenberg, D. (2003). Belief and recollection of autobiographical memories. *Memory and Cognition*, 31, 887-901. doi: 10.3758/BF03196443
- Rubin, D. C., & Siegler, I. (2004). Facets of Personality and the phenomenology of autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*, 18(7), 913-930. doi: 10.1002/acp.1038
- Ruiter, C. (1994). Anxious attachment in agoraphobia and obsessive-compulsive disorder: A literature review and treatment implications. In C. Perris, W. A. Arrindell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 281-307). New York: John Wiley and Sons.
- Rüsch, N., Holzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., Lieb, K., & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous Mental Disease*, 194(10), 766-773. doi: 10.1097/01.nmd.0000239898.48701.dc
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., et al. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508.
- Rybak, C. J., & Brown, B. M. (1996). Assessment of internalized shame: Validity and reliability of the internalized shame scale. *Alcoholism treatment Quarterly*, 14(1), 71-83. doi: 10.1300/J020V14N01_07
- Ryder, A. G., Costa, P. T., & Bagby, R. M. (2007). Evaluation of the SCID-II Personality Disorder Traits for DSM-IV: Coherence, discrimination, relations with general personality traits and functional impairment. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 626-637. doi: 10.1521/pedi.2007.21.6.626
- Sabo, A. N., Gunderson, J. G., Najavits, L. M., Chauncey, D., & Kisiel, C. (1995). Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy: A prospective follow-

- up study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(6), 370-376.
- Sachs-Ericsson, N., Verona, E., Joiner, T., & Preacher, K. J. (2006). Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93, 71-78. doi: 10.1016/j.jad.2006.02.014
- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Guide to Treatment*. New York: Guilford Press.
- Safran, J., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Salkovskis, P.M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 48-74). New York: Guilford Press.
- Salters-Pedneault, K., Tull, M. T., & Roemer, L. (2004). The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Applied and Preventive Psychology*, 11(2), 95-114. doi: 10.1016/j.appsy.2004.09.001
- Sandberg, S., Paton, J. Y., Ahola, S., McCann, D. C., McGuinness, D., & Hillary, C. R. (2000). The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *Lancet*, 356, 982-987.
- Sandquist, K. G. E., Grenyer, B. F. S., & Caputi, P. (2009). The relation of early environmental experience to shame and self-criticism: Psychological pathways to depression. *Proceedings of the 44th APS Annual Conference* (pp. 161-166). Australia: Australian Psychological Society.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2004). Assessment tools: Eating disorder symptoms and self-harm behavior. In J. L. Levitt, R. A. Sansone, & L. Cohn (Eds.), *Self-harm behavior and eating disorders: Dynamics, assessment, and treatment* (pp. 93-104). *Journal of Affective Disorders*, 93, 71-78.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 973-983. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199811)54:7<973::AID-JCLP11>3.0.CO;2-H
- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and hippocampus atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 925-35.
- Sapolsky, R. M. (1996). Why Stress Is Bad for Your Brain. *Science*, 273 (5276), 749-750.
- Saxe, G. N., Chawla, N., Van der Kolk, B. (2002). Self-Destructive Behavior in Patients with Dissociative Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 313-320. doi: 10.1521/suli.32.3.313.22174
- Scheff, T. (1995). Shame and related emotions. *American Behavioural Scientist*, 38(8), 1053-

1059. doi: 10.1177/0002764295038008002

- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale: N.J. Lawrence Erlbaum.
- Schore, A. N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 57–77). New York: Oxford University Press.
- Schore, A. N. (2001). The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201–269. doi: 10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and disorder of the self*. New York: Norton.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self*. NY: Norton.
- Schwartz, J.M. & Begley, S. (2002) *The Mind and the Brain: Neuroplasticity and the Power of Mental Force*. New York: Harper Collins.
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned optimism*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, R., & Kirmayer, L. J. (2008). Dissociative experience and cultural neuroscience: narrative, metaphor and mechanism. *Cult Med Psychiatry*, 32(1), 31-64. doi: 10.1007/s11013-007-9077-8
- Seligman, M. E. P., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi: 10.1037/0003-066X.60.5.410
- Seva, A., Sarasola, A., Merino, J., & Magallon, R. (1992). Validity test of the G.H.Q.-28 items in a subsample of young people. *European Journal of Psychiatry*, 6, 239-247.
- Siegel, D. J. (2001). *Mindsight: The new science of personal transformation*. New York: Batam Books.
- Singer, J. A., & Salovey, P. (1993). *The remembered self-emotion and memory in personality*. New York: The Free Press.
- Sheldon, M. K., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary? *American Psychologist*, 56(3), 216-217. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.216
- Shepperd, J. A., & Arkin, R.M. (1990). Shyness and Self-Presentation. In R. Cozier (Ed.), *Shyness and embarrassment: Perspectives from social psychology* (pp. 286-314). Cambridge: Cambridge University Press.
- Silva, D. R., Campos, R., & Prazeres, N. (1999). O inventário de estado-traço de raiva (STAXI) e sua adaptação para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 34, 55-81.
- Skodol, A. E., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. (2002).

- The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity and personality structures. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936-950. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01324-0
- Slee, N., Spinhoven, P., Garnefski, N., & Arensman, E. (2008). Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 205-216. doi: 10.1002/cpp.577.
- Sloman, L. (2000). The syndrome of rejection sensitivity: An evolutionary perspective. In P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 257-275). Hove: Brunner-Routledge.
- Sloman, L., & Atkinson, L. (2000). Social competition and attachment. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy* (pp. 199-214). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Sloman, L., Atkinson, L., Milligan, K., & Liotti, G. (2002). Attachment, social rank and affect regulation: Speculations on an ethological approach to family interaction. *Family Process*, 41(3), 313-328. doi: 10.1111/j.1545-5300.2002.41304.x
- Sloman, L., Farvolden, P., Gilbert, P., & Price, J. S. (2006). The interactive functioning of anxiety and depression in agonistic encounters and reconciliation. *Journal of Affective Disorders*, 90(2-3), 93-99. doi: 10.1016/j.jad.2005.12.001
- Sloman, L., & Gilbert, P. (2000). *Subordination and Defeat: An Evolutionary Approach to Mood Disorders and Their Therapy*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Sloman, L., Gilbert, P., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: The role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 107-121. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00116-7
- Sloman, L., Price, J., Gilbert, P., & Gardner, R. (1994). Adaptive function of depression. Therapeutic interventions. *American Journal of Psychotherapy*, 48(3), 1-16.
- Smith, E. O. (2002). *When Culture and Biology Collide: Why we are stressed, depressed and self-obsessed*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press.
- Smith, P. B., Peterson, M. F., and Schwartz, S. H. (2002). Cultural values, sources of guidance and their relevance to managerial behaviour: A 47 nation study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 188-208
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional mãe-filho(a)*. Braga: Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia.
- Soares, I. (2006). Trajectórias dos nossos vínculos: Desenvolvimento, psicopatologia e aplicações clínicas. In M. C. Taborda Simões, M. T. Sousa Machado, M. L. Vale Dias & L. I. Nobre Lima (Eds.), *Psicologia do desenvolvimento: Temas de investigação* (pp. 213-242). Coimbra: Almedina.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Self-mutilation and

- suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(4), 257-267. doi: 10.1521/pedi.1994.8.4.257
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D. (1999). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory, STAXI-2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Stein, K. (2007). *The genius engine: Where memory, reason, passion, violence and creativity intersect in the human brain*. New York: Wiley.
- Steven, A. (1999). *Archetype revisited: An updated natural history of the self*. London: Routledge.
- Stevens, A., & Price, J. (2000). *Evolutionary psychiatry: A new beginning*. London: Bruner-Routledge.
- Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10(4), 324-336. doi: 10.1177/1077559505279308
- Sturman, E. D., & Mongrain, M. (2005). Self-criticism and major depression: An evolutionary perspective. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 505-519. doi: 10.1348/014466505X35722
- Suddendorf, T., & Whitten, A. (2001). Mental evolutions and development: Evidence for secondary representation in children, great apes and other animals. *Psychological Bulletin*, 127(5), 629-650. doi: 10.1037/0033-2909.127.5.629
- Suomi, S. J. (1997). Early determinants of behavior: Evidence from primate studies. *British Medical Bulletin*, 53(1), 170-184. doi:
- Sutin, A. R., & Robins, R. W. (2008). Going forward by drawing from the past: Personal strivings, personally meaningful memories, and personality traits. *Journal of Personality*, 76(3), 631-664. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00499.x
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00105-0
- Swaan, W. B., Rentfrow, P. J., & Guinn, J. (2003). Self verification: The search for coherence. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of Self and Identity* (pp. 367-383). New York: Guilford Press.
- Swales, M., Heard, H. L., & Williams, J. G. M. (2000). Linehan's Dialectical Behaviour Therapy (DBT) for Borderline Personality Disorder: Overview and adaptation. *Journal of Mental Health*, 9(1), 7-23. doi: 10.1080/09638230016921
- Swallow, S. R., & Kuiper, N. A. (1988). Social comparison and negative self-evaluation: An application to depression. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 55-76. doi: 10.1016/0272-7358(88)90049-9

- Swan, S. & Andrews, B. (2003). The relationship between shame, eating disorders and disclosure in treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(3), 367-383. doi: 10.1348/014466503322528919
- Szabó, M., & Lovibond, P. F. (2006). Anxiety, depression and tension/stress in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(3), 195-205.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Talbot, J., Talbot, N., & Xin Tu (2004). Shame-Proneness as a Dissociation in Women with Histories of Childhood Sexual. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 445-448. doi: 10.1023/B:JOTS.0000048959.29766.ae
- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(1), 102-111. doi: 10.1037/0022-3514.59.1.102
- Tangney, J. P. (1991). Moral affect: the good, the bad, and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 598-607. doi: 10.1037/0022-3514.61.4.598
- Tangney, J. P. (1992). Situational determinants of shame and guilt in young adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(2), 199-206. doi: 10.1177/0146167292182011
- Tangney, J. P. (1995a). Recent advances in the Empirical Study of Shame and Guilt. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1132-1145. doi: 10.1177/0002764295038008008
- Tangney, J. P. (1995b). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 114-139). New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour, Research and Therapy*, 34(9), 741-754. doi: 10.1016/0005-7967(96)00034-4
- Tangney, J. P. (1999). The self-conscious emotions: shame, guilt, embarrassment and pride. In T. Dalgliesh & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 541-568). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Tangney, J. P., Burggraf, S., A., & Wagner, P. E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 343-367). New York: Guilford.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford
- Tangney, J. P., & Fischer, K. W. (Eds.) (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. New York: Guilford.

- Tangney, J. P., Miller, R., Flicker, L., & Darlow, D. (1996). Are shame, guilt and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256-1269. doi: 10.1037/0022-3514.70.6.1256
- Tangney, J., Stuewing, J., & Mashek, D. (2007). Moral Emotions and Moral Behaviour. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372. doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070145
- Tangney, J. P., Wagney, P. E., Fletcher, C., Gramzow, R. (1992). Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(4), 669-675. doi: 10.1037/0022-3514.62.4.669
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow (1992). Proneness to shame, proneness to guilt and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 469-478. doi: 10.1037/0021-843X.101.3.469
- Tangney, J. P., Wagney, P., Hill-Barlow, D., Marschall, D., & Gramzow, R. (1996). Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 797-809. doi: 10.1037/0022-3514.70.4.797
- Tantam, D. & Whittaker, J. (1992). Personality disorder and self-wounding. *British Journal of Psychiatry*, 161(4), 451-464. doi: 10.1192/bjp.161.4.451
- Tarrier, N. (1992). Psychological treatment of positive schizophrenic symptoms. In D.J. Kavanagh (Ed.), pp. 356-373. *Schizophrenia: An overview and practical handbook*. Vol. 1. London: Chapman and Hall
- Taylor, R., Lovibond, P. F., Nicholas, M. K., Cayley, C., & Wilson, P. H. (2005). The utility of somatic items in the assessment of depression in chronic pain patients: A comparison of the Zung Self-rating Depression Scale (SDS) and the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in chronic pain and clinical and community samples. *Clinical Journal of Pain*, 21(1), 91-100.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193-210. doi: 10.1037/0033-2909.103.2.193
- Teasdale, J. D., & Cox, S. G. (2001). Dysphoria: Self-devaluative and affective components in recovered depressed and never depressed controls. *Psychological Medicine*, 31, 1311-1316.
- Teicher, M.H. (2002). Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 286 (3), 68-7. doi: 10.1038/scientificamerican0302-68
- Thomsen, D. K., & Berntsen, D. (2008). The cultural life script and life story chapters contribute to the reminiscence bump. *Memory*, 16(4), 420-435. doi: 10.1080/09658210802010497

- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (1999). Development of self-criticism in adolescent girls: roles of maternal dissatisfaction, maternal coldness and insecure attachment. *Journal of youth and adolescence*, 28, 197-210. doi: 10.1023/A:1021601431296
- Tinoco, A. C. (2008). *Compaixão pelo eu e Compaixão pelos outros: sua relação, avaliação e associação com a psicopatologia, felicidade e afecto positivo*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Tomkins, S. S. (1981). The rise, fall and resurrection of the study of personality. *Journal of Mind and Behavior*, 2(4), 443-452.
- Tomkins, S. S. (1987). Shame. In D. L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame* (pp. 133-161). USA: The Guilford Press.
- Tooby, J. & Cosmides, L. (1992). The psychological foundations of culture. In J. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Eds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: a theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15(2), 103-125. doi: 0.1207/s15327965pli1502_01
- Treadway, M. T., & Laraz, S. W. (2010). Meditation and neuroplasticity: Using mindfulness to change the brain. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness & acceptance processes in clients: Illuminating the theory & practice of change* (pp. 185-206). Oakland: New Harbinger Publications.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 3-48. doi: 10.1017/S0021963001006552
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nole-Hoeksema, N. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259. doi: 10.1023/A:1023910315561
- Troop, N. A., Allan, S., Treasure, J. L., & Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behavior in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), 237-249. doi: 10.1348/14760830322362479
- Troop, N. A., & Baker, A. H. (2008). The specificity of the relationship between depressive and eating disorder symptoms with social rank in a non-clinical population. *Eating Disorders*, 16(4), 331-341. doi: 10.1080/10640260802115993
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9(1), 19-35. doi: 10.1016/0272-7358(89)90044-5
- Trower, P., Gilbert, P., & Stirling, G. (1990). Social anxiety, self presentation and evolution. An inter-disciplinary approach. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 11-46). New York: Plenum Press.

- Trower, P., Sherling, G., Beech, J., Harrop, C., & Gilbert, P. (1998). The socially anxious perspective in face to face interaction: An experimental comparison. *Clinical Psychology and Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 5, 155-166. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:3<155::AID-CPP152>3.0.CO;2-K
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, K. G. (1996). The relationships between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531. doi: 10.1037/0033-2909.119.3.488
- Uväs-Morberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819-835. doi: 10.1016/S0306-4530(98)00056-0
- Van Asselt, A.D.I., Dirksen, C.D., Severens, J.L., & Arntz, A. (2002). Societal costs of illness in BPD patients: results from bottom-up and top-down estimations.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1665-1671.
- Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, & Van Den Brink W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12 month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140. doi: 10.1192/bjp.02.184
- Wang, S. (2005). A conceptual framework of integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp.75-120). Hove: Routledge.
- Wang, J. W., Lundeberg, T., & Yu, L. C. (2003). Antinociceptive role of oxytocin in the nucleus raphe magnus of rats, an involvement of mu-opioid receptor. *Regulatory Peptides*, 115(3), 153-159. doi: 10.1016/S0167-0115(03)00152-6
- Watkins, M. (1986). *Invisible guests: The development of imaginal dialogues*. Hillsdale, NJ: Analytic Press and Lawrence Erlbaum Associates.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Staruss, M., & McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 3-

14. doi: 10.1037/0021-843X.104.1.3

- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative Affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490
- Weaver, T. L., Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1068-1075.
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. A., & Colburn, T. A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 31(11-12), 1143-1153. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.09.003
- Weertman, A., Arntz, A., Dreessen, L., van Velzen, C., & Vertommen, S. (2003). Short interval interrater reliability of the Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders*, 17, 562-567. doi: 10.1521/pedi.17.6.562.25359
- Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 156, 816-828.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale-Revised. In J. P. Wilson & T.M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wenzey, A., & Jordam, J. (2005). Autobiographical memory in angry and anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 43(8), 1099-1109. doi: 10.1016/j.brat.2005.01.008
- Wenzey, A., Pinna, K., & Rubin, D. (2004). Autobiographical memories of anxiety related experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 329-341. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00142-6
- Werneke, U., Goldberg, P., Yalcin, I., & Ustun, B.T. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 30(4), 823-829.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychotherapy: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). New York: The Guilford Press.
- Whelton, W., & Greenberg, L. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583-1595. doi: 10.1016/j.paid.2004.09.024
- Widiger, T. A., & Francis, A.J. (1989). Epidemiology diagnosis and comorbidity of border-

- line personality disorder. In A. Tasman, R.E. Hales, & A.J. Frances (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 8, pp8-24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wilhelm, K., Heather, N., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. *Psychological Medicine*, 35, 387-393. doi: 10.1017/S0033291704003538
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zin, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford.
- Wolke, D., Woods, S., Bloomfield, L., & Karstadt, L. (2000). The association between direct and relational bullying and behaviour problems among school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(8), 989-1002. doi: 10.1111/1469-7610.00687
- Wyatt, R., & Gilbert, P. (1998). Perfectionism and social rank. *Personality and Individual Differences*, 24(1), 71-79. doi: 10.1016/S0191-8869(97)00146-3
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaption. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 35-74. doi: 10.1016/j.cpr.2003.10.001
- Young, J. E., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed.) (pp. 264-308). New York: Guilford Press.
- Young, R., Sweeting, R., & West, P. (2006). Prevalence of deliberate self harm and attempted suicide within contemporary Goth youth subculture: Longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 332, 1058-1061. doi: 10.1136/bmj.38790.495544.7C
- Zanarini, M. C. (2004). Update on pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Current Psychiatry*, 6(1), 66-70.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 296-302. doi: 10.1016/S0010-440X(98)90038-4
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283. doi: 10.1176/appi.ajp.160.2.274
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 144-50. doi: 10.1053/comp.2001.19749
- Zanarini, M., Laudate, C. S., Frankenburg, F.R., Reich, D. B. & Fitzmaurice, G. (2011).

- Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 823-828. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.10.015
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 291-299. doi: 10.1521/pedi.2000.14.4.291
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Marino, M. (2002b). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-387.
- Zar, J. H. (1999). *Biostatistical Analysis*. 4th edition. Prentice Hall.
- Zimmerman, M., Rothchild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1911
- Zlotnick, C., Mattia, J. L., & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), 296-301.
- Zuroff, D. C., Igreja, I., & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency and self-criticism as predictors of depressed mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy Research*, 14, 315-326. doi: 10.1007/BF01183999
- Zuroff, D. C., Koestner, R., & Powers, T. A. (1994). Self-criticism at age 12: A longitudinal study of adjustment. *Cognitive Therapy Research*, 18(4), 367-385. doi: 10.1007/BF02357511
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., & Côté, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behavior and affect: Evolutionary perspectives. *British of Clinical Psychology*, 38, 231-250. doi: 10.1348/014466599162827
- Zuroff, D. C., Santor, D. A., & Mongrain, M. (2005). Dependency, self-criticism, and maladjustment. In J. S. Auerbach, K. J. Levy, and C. E. Schaffer (Eds.), *Relatedness, self-definition and mental representation: Essays in honor of Sidney J. Blatt*. Brunner-Routledge: London.



Anexos



Anexo 1

Autorização e documentos da Comissão de Ética



Ex.mo Senhor Presidente do Conselho de Administração,

O CINEICC- Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra está a desenvolver um projecto de investigação em Psicopatologia, fundamentalmente dirigido para as patologias da personalidade (Eixo II), particularmente a Perturbação Estado-Limite da Personalidade. O projecto que estamos a tentar submeter à Comissão de Ética do Hospital que V. Exa. dirige centra-se especificamente em investigar o papel contributivo de certos processos cognitivos (auto-criticismo, evitamento experiencial, ruminação, comparação social, submissão, regulação emocional e esquemas emocionais) na patoplastia e na manutenção dos sintomas específicos do quadro clínico em estudo, mais especificamente os comportamentos de auto-dano (mutilação) e impulsividade. Para além deste objectivo pretendemos testar o efeito amortecedor e protector da auto-compassão (relação do eu com eu pautada pela aceitação, compreensão e tolerância) na magnitude destes sintomas, o que a ser corroborado terá implicações significativas e importantes para a terapia e qualidade de vida destes doentes. Aliás como é sabido, a taxa de sucesso do tratamento destes doentes é baixa, por várias razões – severidade e rigidez dos sintomas, marcadas dificuldades interpessoais e de vinculação, efeito contra-producente da medicação (abuso excessivo e auto-medicação), tratamento psicoterapêutico de longo-prazo, dificuldades na relação terapêutica, ineficácia da

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que o estudo “A contribuição do AutoCriticismismo, da Vergonha e das Estratégias de Regulação Emocional para a Perturbação Estado-Limite da Personalidade” não acarreta quaisquer encargos financeiros para o Hospital, sendo esses assumidos pelo CINEICC (Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Investigação Cognitivo-Comportamental) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

O Responsável Principal do Projecto

Professor Doutor José Pinto-Gouveia

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a) Nome do Investigador principal Professor Doutor José Augusto Veiga Pinto Gouveia

b) Título do Projecto A contribuição do Autocriticismo, Vergonha e das estratégias de Regulação Emocional para a Psicopatologia

c) Serviço hospitalar / Instituto ou Laboratório onde o projecto será executado Hospital da Universidade de Coimbra

d) Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será feita?

Sim ☒

Não ☐

Em caso afirmativo indique-os:

Hospital Magalhães de Lemos no Porto; Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar Cova da Beira na Covilhã; Departamento de Psiquiatria do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro; Serviço de Psicologia do Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Cantanhede

e) Descreva sucintamente os objectivos da investigação:

O principal objectivo é investigar a contribuição do autocriticismo e da autocompaixão e da vergonha para a regulação emocional e psicopatologia. Pretendemos com esta investigação perceber melhor o papel contributivo do autocriticismo e autocompaixão para a fenomenologia dos quadros psicopatológicos em estudo, e a confirmarem-se as hipóteses, a investigação permitirá o refinamento e aperfeiçoamento das estratégias terapêuticas vigentes e a inclusão de novas estratégias nos protocolos existentes.

PARECER CIENTIFICO

Ensaio Clínico: A contribuição do Autocriticismo, da Vergonha e das estratégias de Regulação Emocional para a Psicopatologia

Promotor: CINEICC

Investigador: Professor Doutor José Pinto-Gouveia

Serviço: Serviço de Psiquiatria dos HUC, Coimbra

Parecer Científico

Objectivos. Metodologia. Resultados esperados.

Outros Centros ou Serviços envolvidos.

O principal objectivo é investigar a contribuição do Autocriticismo para a Regulação Emocional e Psicopatologia. Pretende-se compreender melhor o seu desenvolvimento e fenomenologia, numa amostra clínica, em perturbações em que este constructo ainda não foi muito estudado. A amostra será constituída por vários grupos de doentes com patologia do Eixo I e do Eixo II, com especial destaque para a Perturbação EstadoLimite da Personalidade (n= 30 cada grupo). Confirmar-se-á o diagnóstico através da passagem de duas entrevistas estruturadas de diagnóstico (SCIDI e SCIDII). Espera-se que o autocriticismo e vergonha se mostrem significativamente associados aos comportamentos de autodano, impulsividade e sintomas dissociativos e constituam factores preditores da raiva e da desregulação dos comportamentos, tão característica da patologia borderline. Os diferentes grupos de doentes diferenciam-se significativamente nas variáveis em estudo.

O Director do Serviço

Síntese do Projecto de Investigação

Título: A Contribuição do AutoCriticismo, Vergonha e das Estratégias de Regulação Emocional para a Psicopatologia

Objectivo

O principal objectivo é investigar a contribuição das formas e funções do autocríticismo e dos diferentes componentes da autocompaixão e para a regulação emocional e psicopatologia. Mais concretamente, pretendemos compreender melhor o papel que o autocríticismo e a autocompaixão desempenham para os vários quadros psicopatológicos, em particular para a Perturbação Borderline da Personalidade.

Breve sumário do Estado de Arte

O interesse em particular na patologia borderline é actual e sentido pela comunidade clínica quer pela percentagem de doentes que procuram ajuda em contexto ambulatorio (11%) e internamento (19%), quer pelo facto das modalidades de tratamento serem ineficazes. Os estudos de follow-up sugerem que nestes doentes a disfunção e a desregulação é marcada e severa no início da perturbação, as melhorias clínicas são progressivas, lentas e marginais. Pelo exposto, percebe-se porque é que estes doentes constituem um desafio para o terapeuta e para os serviços de saúde mental. Apesar de ser reconhecido o papel que as emoções negativas têm no despoletar do para-suicídio e auto-dano não existem estudos empíricos que tenham identificado que emoções específicas é que



Anexo 2

Avaliação diagnóstica: SCID-I; SCID-II; ADIS-IV;BPDSI-IV

SCID - I

VERSÃO CLÍNICA

CADERNO DE COTAÇÃO

Michael B. First, M.D.

Robert L. Spitzer, M.D.

Miriam Gibbon, M.S.W.

Janet B. W. Williams, D.S.W.

Biometrics Research. Department
New York State Psychiatry Institute
Department of Psychiatry Columbia University
New York, New York

tradução de

Ângela Costa Maia, Prof. Doutora
Universidade do Minho

Nome do doente _____

Número da Cotação _____ Data da avaliação _____

Clínico _____

Fontes de informação (selecione as que se aplicam)

- ☐ doente
- ☐ família/amigos/
- ☐ profissional de saúde

DIAGNÓSTICO SUMÁRIO DO SCID-CV

PERTURBAÇÕES DE HUMOR

Actual Ao longo da vida

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perturbação Bipolar 1 (D4, p.36)

- 296.40 Perturbação Bipolar 1, Episódio Mais Recente Hipomaníaco
 296.0x Perturbação Bipolar I, Episódio Maníaco Único
 296.4x Perturbação Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco
 296.6x Perturbação Bipolar L Episódio Mais Recente Misto
 296.5x Perturbação Bipolar L Episódio Mais Recente Deprimido

Escolha o quinto dígito especificador

- 1 - Ligeira
- 2 - Moderada
- 3 - Grave, sem características psicóticas
- 4 - Grave, com características psicóticas
- 5 - Em remissão parcial
- 6 - Em remissão completa
- 0 - Não especificado

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

296.7 Perturbação Bipolar I, Episódio Mais Recente Não Especificado

Outras Perturbações Bipolares

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

296.89 Perturbação Bipolar II (D9, p.37)

Escolha o especificador

- Hipomaníaco
- Deprimido

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

303.13 Perturbação Ciclotímica (D12, p.37)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

296.80 Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação (D12, p.37) ,

Perturbação Depressiva Maior (D16, p.38)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

296.89 Perturbação Depressiva Maior, Episódio Único

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

296.3x Perturbação Depressiva Maior, Recorrente

Escolha o quinto dígito especificador

- 1 - Ligeira
- 2 - Moderada
- 3 - Grave, sem características psicóticas
- 4 - Grave, com características psicóticas
- 5 - Em remissão parcial
- 6 - Em remissão completa
- 0 - Não especificado

Outras Perturbações Depressivas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

296.89 Perturbação Distímica (A60, p.23)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

296.89 Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação (D19, p.39)

Actual Ao longo da vida

☐ ☐
Outras Perturbações de Humor**293.83 Perturbação de Humor secundária a um Estado Físico Geral (A64. p.24)**

Indique Estado Físico Geral: _____

Escolha o especificador

- ☐ Com características Depressivas
☐ Com características semelhantes a um Episódio Depressivo Major
☐ Com características Maníacas
☐ Com características Mistas

☐ ☐
291.8 Perturbação de Humor Induzida pelo Álcool (A69. p.25) Escolha o especificador

- ☐ Com características Depressivas
☐ Com características Maníacas
☐ Com características Mistas

☐ ☐
293.83 Perturbação de Humor Induzida por outras substâncias (A69, p.25)

Indique Substância: _____

Escolha o especificador

- ☐ Com características Depressivas
☐ Com características Maníacas
☐ Com características Mistas

ESQUIZOFRENIA E OUTRAS PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS
☐ ☐
Esquizofrenia (C7, p.29)*Escolha o especificador*

- ☐ 295.30 Tipo Paranoide (C8, p.30)
☐ 295.20 Tipo Catatónico (C9, p.30)
☐ 295.10 Tipo Desorganizado (C10, p.30)
☐ 295.90 Tipo indiferenciado (C11, p.30)
☐ 295.60 Tipo Residual (C12, p.30)

☐ ☐
295.40 Perturbação Esquizofeniforme. (C15, p.30)
☐ ☐
295.70 Perturbação Esquizaffectiva (C20, p.31)
☐ ☐
297.1 Perturbação Delirante (C26, p.32)
☐ ☐
298.8 Perturbação Psicótica Breve (C31, p.33)
☐ ☐
293.81 Perturbação Psicótica devido a Estado Físico Geral Com Delírios (C34, p.34)

Indique Estado Físico Geral: _____

☐ ☐
293.82 Perturbação Psicótica devido a Condição Médica Geral com alucinações (C34, p.34)

Indique Estado Físico Geral: _____

☐ ☐
291.5 Perturbação Psicótica Induzida pelo Álcool Com Delírios (C38, p.35)
☐ ☐
291.3 Perturbação Psicótica Induzida pelo Álcool Com Alucinações (C38, p.35)
☐ ☐
292.11 Perturbações Psicóticas Induzidas por Outras Substâncias Com Delírios (C38, p.35)

Indique Substância: _____

☐ ☐
292.12 Perturbações Psicóticas Induzidas por Outras Substâncias Com Alucinações (C38, p.39)

Indique Substância: -----

☐ ☐
298.9 Perturbações Psicóticas Sem Outra Especificação (C39, p.35)

PERTURBAÇÕES DE USO DE SUBSTÂNCIAS**Actual Ao longo da vida**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perturbações de Uso de Álcool

303.90 Dependência de Álcool (E15, p.42)

305.00 Abuso de Álcool (E16, p.42)

Perturbações de Uso de Outras Substâncias

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

304.90 Dependência de Anfetaminas (E31, p.46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

304.90 Dependência de Cannabis (E31, p.46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

304.90 Dependência de Cocaína (E31, p.46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

304.90 Dependência de Alucinogêneos (E31, p.46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

304.90 Dependência de Inalantes (E31, p.46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

304.90 Dependência de Opióides (E31, p.46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

304.90 Dependência de Feniclidina (E37, p.46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

304.90 Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (E31, p.46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

304.90 Dependência de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) (E32, p. 46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

305.70 Abuso de Anfetaminas (E32, p. 46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

305.20 Abuso de Cannabis (E32, p. 46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

305.60 Abuso de Cocaína (E32, p. 46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

305.30 Abuso de Alucinogêneos (E32, p. 46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

305.90 Abuso de Inalantes (E32, p. 46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

305.50 Abuso de Opiáceos (E32, p. 46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

305.90 Abuso de Feniclidina (E32, p. 46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

305.40 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (E32, p; 46)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

305.90 Uso de Outras Substâncias (Ou de substâncias desconhecidas) (E32, p.46)

PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

300.21 Perturbação de Pânico com Agorafobia (F23, p. 49)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

300.01 Perturbação de Pânico sem Agorafobia (F24, p.49)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

300.3 Perturbação Obsessivo-compulsiva (F38, p.52)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

309.81 Perturbação Pós Stress traumático (F64, p.56)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

300.0 Perturbação de Ansiedade Sem Outra Especificação (F71, p.60)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

293.84 Perturbação de Ansiedade devida a Estado Físico Geral (F86, p.60)

Indique Estado Físico Geral: _____.

Indique o especificador

___ Com Ansiedade Generalizada

___ Com Ataques de Pânico

___ Com Sintomas Obsessivo-compulsivos

Actual Ao longo da vida
☐ ☐
291.8 Perturbação de Ansiedade Induzida pelo Álcool (*F91*, p.62)*Indique o especificador*

- _____ Com ansiedade Generalizada
 _____ Com ataques de Pânico
 _____ Com Sintomas Obsessivo-compulsivos
 _____ Com Sintomas Fóbicos

☐ ☐
292.89 Perturbação de Ansiedade Induzida por Outras Substâncias (*F91*, p.62)

Indique Substância: _____

Indique o especificador

- _____ Com Ansiedade Generalizada
 _____ Com Ataques de Pânico
 _____ Com Sintomas Obsessivo-compulsivos
 _____ Com Sintomas Fóbicos

Outras Perturbações de Ansiedade
☐ ☐
300.22 Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico (*F65*, p.56)
☐ ☐
300.23 Fobia Social (*F66*, p.62)
☐ ☐
300.29 Fobia Específica (*F67*, p.56)
☐ ☐
300.02 Perturbação de ansiedade Generalizada (*F68*, p.56)**PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES**
☐ ☐
300.81 Perturbação de Somatização (*F72*, p.58)
☐ ☐
300.82 Perturbação Somatoforme Indiferenciada (*F72*, p.58)
☐ ☐
300.7 Hipocondria (*F73*, p.58)
☐ ☐
300.7 Perturbação de Dismorfia Corporal (*F74*, p.58)**PERTURBAÇÕES ALIMENTARES**
☐ ☐
307.1 Anorexia Nervosa (*F75*, p.58)
☐ ☐
307.51 Bulimia Nervosa (*F76*, p.58)**PERTURBAÇÕES DE AJUSTAMENTO**
☐ ☐
309.0 Perturbação de Ajustamento Com Humor Depressivo (*F82*, p. 59)
☐ ☐
309.24 Perturbação de Ajustamento com Ansiedade (*F6'2*, p. 59)
☐ ☐
309.28 Perturbação de Ajustamento com Misto de Ansiedade e Humor Depressivo (*F82*, p. 59)
☐ ☐
309.3 Perturbação de Ajustamento com Distúrbio de Conduta (*F82*, p. 5 9)
☐ ☐
309.4 Perturbação de Ajustamento com Distúrbio Misto de Emoções e de Conduta (*F82*, p. 59)
☐ ☐
309.9 Perturbação de Ajustamento Sem Outra Especificação (*F82*, p. 59)

**ENTREVISTA
CLÍNICA
ESTRUTURADA
PARA AS
PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE
DO EIXO II DO DSM-IV**

SCID - II

Michael B. First, M. D.
Miriam Gibbon, M. S. W.
Robert L. Spitzer, M. D.
Janet B. W. Williams, D. S. W.
Lorna Smith Benjamin, Ph. D.

Versão Portuguesa Autorizada:
José Pinto Gouveia
Ana Paula Matos
Daniel Rijo
Paula Castilho
Maria do Céu Salvador

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA
PARA AS PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE
DO EIXO II DO DSM-IV

SCID-II

Michael B. First, M. D.
Miriam Gibbon, M. S. W.
Robert L. Spitzer, M. D.
Janet B. W. Williams, D. S. W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Lorna Smith Benjamin, Ph. D.

Department of Psychology
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Versão portuguesa autorizada:
José Pinto Gouveia, Ana Paula Matos, Daniel Rijo, Paula Castilho, Maria do Céu Salvador

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra

Estudo: _____	Estudo N°.: _____	1
Sujeito: _____	BI N°.: _____	2
Entrevistador: _____	Entrevistador N°.: _____	3
Data da entrevista: _____		4
	Ano Mês Dia	
Fontes de informação:	ρSujeito	5
(assinalar as utilizadas)	ρFamília/amigos/coleas	6
	ρProfissionais de saúde/processo hospitalar/relatório	7
	ρQuestionário de Personalidade da SCID-II	8

Editado e verificado por: _____ Data: _____

FOLHA DE COTAÇÃO SUMÁRIA

Qualidade geral e quantidade de informação:

1 = pobre, 2 = satisfatória, 3 = boa, 4 = excelente

Duração da entrevista (minutos) ____ ____ ____

9

10

Perturbação da Personalidade

Número de Itens cotados com "3"
(As caixas indicam o limiar necessário para o diagnóstico)

01 Evitante (pp. 3-5)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	5	6	7			11
02 Dependente (pp. 6-8)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6	7	8		12
03 Obsessivo-Compulsiva (pp. 9-11)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	5	6	7	8		13
04 Passivo-Agressiva (pp. 12-13)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	5	6	7			14
05 Depressiva (pp. 14-15)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6	7			15
06 Paranóide (pp. 16-17)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	5	6	7			16
07 Esquizotípica (pp. 18-21)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6	7	8	9	17
08 Esquizóide (pp. 22-23)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	5	6	7			18
09 Histrionica (pp. 24-25)	1	2	3	4	<input type="text" value="5"/>	6	7	8		19
10 Narcísica (pp. 26-29)	1	2	3	4	<input type="text" value="5"/>	6	7	8	9	20
11 Estado-Limite (pp. 30-33)	1	2	3	4	<input type="text" value="5"/>	6	7	8	9	21
12 Anti-Social (pp. 34-41)	1	2	<input type="text" value="3"/>	4	5	6	7			22
13 Sem Outra Especificação (SOE) (p.42)				<input type="text" value="1"/>						23

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO DO EIXO II (i.e., a Perturbação da Personalidade que é — ou deveria ser — o principal foco de atenção clínica).

Registe o número de código aqui (coluna à esquerda dos diagnósticos): ____ ____

Nota: Registe 99 se não existir Perturbação da Personalidade.

24

QUESTÕES GERAIS PARA AS PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE

Vou fazer-lhe algumas perguntas acerca da sua maneira de ser, ou seja, acerca de como, de uma maneira geral você se tem sentido e comportado ao longo da sua vida.

SE UMA PERTURBAÇÃO DO EIXO I, EPISÓDICA OU CIRCUNSCRITA, ESTÁ/ESTEVE PRESENTE: Eu sei que tem havido alturas em que você se tem sentido [SINTOMAS DO EIXO I]. As perguntas que lhe farei e de que iremos falar não se referem a essas alturas; você deve tentar pensar em como você é *habitualmente*, quando não se sente [SINTOMAS DO EIXO I]. Quer colocar alguma questão acerca disto?

Como é que você se descreveria como pessoa (antes de [SINTOMAS DO EIXO I])?

SE NÃO FOR CAPAZ DE RESPONDER, CONTINUE.

Como é que acha que os outros o descreveriam a si como pessoa (antes de [SINTOMAS DO EIXO I])?

Quem têm sido as pessoas importantes na sua vida?

(SE MENCIONAR APENAS FAMILIARES: E os seus amigos?)

Como tem sido a sua relação com eles?

Acha que a sua maneira habitual de se comportar ou de reagir às coisas lhe tem causado problemas com alguém? (Em casa? Na escola? No trabalho?) (De que forma?)

Que tipo de coisas tem feito que as outras pessoas possam ter achado desagradáveis?

Como é que passa o seu tempo livre?

Se você pudesse mudar a sua personalidade nalgumas coisas, como é que gostaria de ser?

→ SE O QUESTIONÁRIO DE PERSONALIDADE FOI PREENCHIDO: Agora, gostaria de passar às perguntas às quais você respondeu "SIM" no questionário.

→ SE O QUESTIONÁRIO DE PERSONALIDADE NÃO FOI PREENCHIDO: Agora, gostaria de lhe fazer algumas perguntas mais específicas.

**PERTURBAÇÃO
EVITANTE DA
PERSONALIDADE**

**CRITÉRIOS DA
PERTURBAÇÃO
EVITANTE DA
PERSONALIDADE**

Padrão generalizado de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa, com começo no início da idade adulta e presente numa variedade de contextos, como indicado por quatro (ou mais) dos seguintes:

- | | | | |
|--|---|---------|----|
| 1. Você disse que tinha evitado [Evitou] empregos ou tarefas que envolvessem ter que lidar com muitas pessoas. | (1) evita actividades ocupacionais que envolvam contactos interpessoais, por medo de críticas, desaprovação ou rejeição | ? 1 2 3 | 25 |
|--|---|---------|----|

Dê-me alguns exemplos. Qual era a razão pela qual evitou estes [LISTAR TRABALHOS OU TAREFAS].

3 = pelo menos dois exemplos

(Alguma vez recusou uma promoção porque esta envolvia ter que lidar com um número de pessoas maior do que aquele com o qual se sentiria confortável?)

- | | | | |
|---|---|---------|----|
| 2. Você disse que evita envolver-se com pessoas a não ser que tivesse a certeza que elas gostariam [Evita envolver-se com pessoas, a não ser que tenha a certeza que estas gostarão] de si. | (2) mostra pouca determinação no envolvimento com pessoas, a não ser que tenha a certeza de ser apreciado | ? 1 2 3 | 26 |
|---|---|---------|----|

3 = quase nunca toma a iniciativa de se envolver numa relação social

Se não sabe se uma pessoa gosta de si, alguma vez dá o primeiro passo?

? = informação inadequada 1= ausente ou falso 2 = insuficiente 3 = suficiente ou verdadeiro

ADIS - IV

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA OS DISTÚRBIOS DE ANSIEDADE DA DSM-IV

Timothy A. Brown
Peter A. Di Nardo
David H. Barlow
1994

Tradução e Adaptação de
José Pinto Gouveia e
Ana Galhardo
2001

Nota: Não utilizar sem autorização dos autores

DADOS DEMOGRÁFICOS 1

Nome: _____

Data da Entrevista: _____

Morada: _____

Entrevistador: _____

Telef. (casa): _____

Rendimentos Familiares: _____

(local trabalho): _____

Número de Dependentes: _____

Data de Nascimento: _____

Custo da Entrevista: _____

Raça: _____

Plano de Saúde: _____

Sexo: ___M ___F

ADIS Número: _____

Estado Civil:

Número de casamentos anteriores: _____

___ Casado _____ Data

Datas: _____

___ Solteiro _____ Data

Filhos:

___ União de Facto _____ Data

Idade	Sexo	Em casa	Quando saíram
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

___ Separado _____ Data

___ Divorciado _____ Data

___ Viúvo _____ Data

___ Outro _____

História Ocupacional:

Educação/Escolaridade:

Doente:

Doente: _____

_____ (actual/data)

_____ (anterior/data)

Cônjuge/companheiro(a): _____

Cônjuge/companheiro(a):

Religião: _____

_____ (actual/data)

_____ (anterior/data)

Situação Militar: _____

FOBIA SOCIAL

I. QUESTÕES INICIAIS

la. **Acontece-lhe frequentemente sentir-se com medo, ansioso ou nervoso em situações sociais em que possa ser observado ou avaliado pelos outros, ou quando conhece pessoas novas?**

SIM ____ NÃO ____

b. **É frequente preocupar-se com a possibilidade de fazer ou dizer algo que o possa embaraçar ou humilhar à frente dos outros, ou que eles possam pensar mal de si?**

SIM ____ NÃO ____

Se NÃO na la. e lb., continue para lc.

Se SIM quer na la., quer na lb., passe para a 2.

c. **Já alguma vez se sentiu ansioso em situações sociais ou muito preocupado com a possibilidade de se sentir embaraçado ou humilhado na presença de outras pessoas?**

SIM ____ NÃO ____

Se NÃO, continue para 2.

Quando foi a última vez que isto lhe aconteceu?

2. Vou referir algumas situações deste tipo e perguntar-lhe como se sente em cada uma das situações e até que ponto é que as evita.

Para cada situação referir separadamente os valores de avaliação do medo e do evitamento, utilizando a seguinte escala:

0-----	1-----	2-----	3-----	4-----	5-----	6-----	7-----	8
Sem medo/ Nunca evita	Medo ligeiro/ Raramente evita	Medo moderado/ Evita algumas vezes	Medo severo/ Evita frequentemente	Medo muito severo/Evita sempre				

	MEDO	EVITAMENTO	COMENTÁRIO
a. Festas	_____	_____	_____
b. Participar em reuniões/aulas	_____	_____	_____
c. Falar à frente de um grupo/falar em ambiente formal	_____	_____	_____
d. Falar com desconhecidos	_____	_____	_____
e. Comer em público	_____	_____	_____
f. Utilizar casas de banho públicas	_____	_____	_____
g. Escrever em público (preencher cheques, preencher impressos)	_____	_____	_____
h. Encontros amorosos	_____	_____	_____
i. Falar com figuras da autoridade	_____	_____	_____
j. Ser auto-afirmativo/assertivo, ex.: -Recusar pedidos indesejados	_____	_____	_____
-Pedir aos outros para mudarem os seus comportamentos	_____	_____	_____
k. Iniciar uma conversa	_____	_____	_____
l. Manter uma conversa	_____	_____	_____
m. Outra _____	_____	_____	_____

Se não existir evidência de medo/evitamento, Passe para **DISTÚRBIO DE ANSIEDADE GENERALIZADA** (p. 14).

II. EPISÓDIO ACTUAL

Vou colocar-lhe agora algumas questões acerca da sua ansiedade actual nas situações sociais.
Complete relativamente ao episódio actual de ansiedade social que potencialmente seja de severidade clínica:

A. Liste as situações mais problemáticas:

1. O que é que o preocupa que possa acontecer nessas situações? _____

2. Experiência ansiedade sempre que se confronta com _____?

SIM NÃO

3. A ansiedade surge assim que entra nas situações ou quando está prestes a entrar nelas, ou por vezes é adiada ou inesperada?

IMEDIATA _____ ADIADA _____

4a. Sente-se ansioso nestas situações porque tem medo de ter um ataque de pânico inesperado?

SIM _____ NÃO _____

Se SIM,

b. Em outras ocasiões, quando exposto a _____, experienciou um ataque súbito de medo/ansiedade?

SIM _____ NÃO _____

Se SIM, onde é que isto aconteceu? _____

Se SIM na 4a. ou 4b., considerar até que ponto é que o medo pode estar ligado ao distúrbio de pânico.

5. Sintomas de Ataque de Pânico

Experiência _____ quando se depara com _____?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8
Nenhum Ligeiro Moderado Severo Muito severo

- | | | | |
|--|-------|--|-------|
| a. Palpitações, coração a bater muito, ou ritmo cardíaco acelerado | _____ | h. Arrepios, calores, ou corar | _____ |
| b. Sudação | _____ | i. Tonturas, sentir-se instável, confuso, ou desmaio | _____ |
| c. Tremores | _____ | j. Sentimentos de irrealidade | _____ |
| d. Falta de ar ou sensação de sufocação | _____ | k. Sensações de anestesia ou dormência | _____ |
| e. Dificuldade em respirar ou paragem respiratória | _____ | l. Medo de morrer | _____ |
| f. Dor ou desconforto no peito | _____ | m. Medo de enlouquecer | _____ |
| g. Náuseas | _____ | n. Medo de fazer alguma coisa descontroladamente | _____ |

6a. De que forma é que estes medos interferem na sua vida (ex., rotina diária, emprego, actividades sociais)?; Em que medida é que estes medos o perturbam?

b. O seu emprego ou estudos têm sido influenciados por estes medos?

Interferência: _____ Perturbação: _____

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8
 Nenhuma Ligeira Moderada Severa Muito severa

7a. Quando é que começou a sentir-se ansioso com _____ se tornou um problema e começou a perturbá-lo ou a interferir na sua vida? (Nota: se o doente for vago quanto à data de início, tente obter informação mais específica, ex., relacionando o início da perturbação com acontecimentos de vida específicos.)

Data de Início: _____ Mês _____ Ano _____

b. Consegue recordar-se de alguma coisa que possa ter contribuído para o facto de se sentir ansioso nas situações sociais?

8. Para além do episódio actual de ansiedade em situações sociais, já alguma vez existiram outros períodos de tempo em que tenha tido este tipo de problemas

SIM ____ NÃO ____

Se SIM, o clínico deve pôr a hipótese de colocar questões acerca de episódios passados, particularmente se considerar que esta informação pode ser importante por razões clínicas ou de diagnóstico.

Data(s) dos episódios anteriores: _____

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER SEVERITY INDEX

4TH VERSION

Arnoud Arntz & Josephine Giesen-Bloo

University of Maastricht

Department of Medical, Clinical and Experimental Psychology

Maastricht, The Netherlands: 06-09-1995, 04-04-1996, 11-11-1998, 08-07-1999

Versão portuguesa de Diana Duarte, Daniel Rijo e José Pinto Gouveia (2007), a partir da versão inglesa de Weaver & Clum (1993)

Acknowledgements

The author would like to thank the following people for their help in the development of this instrument: Mrs. M. Burger, Mrs. I. Callewaert M.Sc., Mrs. A.E.F. Cleven, M.Sc., Mrs. M. van den Hoorn, M.Sc., Mrs. H. Keijsers, Mrs. E.A. Rietdijk, M.Sc., Mrs. A.M. Turksma, M.Sc. and Mr. W.M. van der Vlist, M.Sc.

NOTA PRÉVIA

O BPDSI é uma entrevista clínica semi-estruturada que avalia a frequência e gravidade das manifestações da Perturbação de Personalidade *Borderline* nos últimos três meses. É necessário um processo de avaliação clínica para cotar a entrevista. Assim sendo, é necessário que a entrevista seja realizada por um clínico com experiência.

A ter em conta:

- A entrevista é considerada adequada para avaliações e medidas repetidas. Contudo, a entrevista deve ser conduzida, tanto quanto possível, pelo mesmo entrevistador.
- Para que seja realizada uma avaliação correcta, devem ser feitas perguntas adicionais, para além das perguntas *standard* apresentadas; é necessário questionar acerca de exemplos e/ou incidentes concretos. Mesmo informação referente a aspectos excluídos do diagnóstico (e.g., despersonalização causado pelo uso de drogas), deve ser intensamente investigada.
- Em muitos casos, é também necessário obter uma descrição clara de todos os exemplos e/ou incidentes concretos dos últimos três meses, de forma a determinar correctamente a sua frequência. Exceptuam-se comportamentos de elevada frequência, em que alguns exemplos prototípicos poderão ser suficientes para calcular a sua frequência.
- Todas as questões de frequência são pontuadas numa escala de 0-10 pontos (0 = nunca; 10= diariamente). A mesma escala aplica-se também aos itens para os quais uma frequência elevada é improvável.
- Perante qualquer ambiguidade ou imprecisão, devem ser tomadas notas para que não se perca informação.
- As pontuações e as notas devem ser registadas numa folha de cotação em separado.

INTRODUÇÃO

“Esta é uma entrevista sobre vivências e experiências que as pessoas podem ter. A ideia é que avalie se viveu ou experimentou aquilo que lhe é perguntado nos últimos três meses e com que frequência isso aconteceu. Todas as perguntas são feitas da mesma forma, mas se tiver alguma dificuldade em entendê-las totalmente, pode pedir todos os esclarecimentos que precisar. Tem alguma dúvida acerca disto?

Uma vez que só vamos falar acerca dos últimos três meses, é conveniente definir a que período nos estamos a referir. Hoje é dia (data); há três meses atrás era dia (data), altura em que (referir acontecimento/data importante de uma forma geral ou específica para o sujeito).”

N.B. A partir daqui, o texto em *itálico* contém informação destinada apenas ao entrevistador e, por isso, não deve ser lido ao doente.

Estes itens referem-se a esforços desesperados por parte do sujeito com o objectivo de evitar que alguém, com quem tem uma relação, a quem está ligado ou de quem é dependente, o(a) abandone. São exemplos, entre outros, implorar para que não seja abandonado(a) ou tentar impedir fisicamente a outra pessoa de o(a) deixar.

0	nunca
1	1 x em 3 meses
2	2 x em 3 meses
3	3 x em 3 meses / 1 x por mês
4	4 a 5 x em 3 meses / 1 x em 3 semanas
5	6 a 7 x em 3 meses / 1 x em 2 semanas
6	8 a 10 x em 3 meses / 2 x em 3 semanas
7	1 x por semana / 11 a 15 x em 3 meses
8	várias vezes por semana, mas menos que metade dos dias da semana
9	mais que metade dos dias da semana / quase diariamente
10	diariamente

- 1.1) Nos últimos três meses, alguma vez ficou desesperado quando pensou que alguém de quem gosta o ia abandonar?
(para pontuar positivo, é necessário obter exemplos claros)
- 1.2) Nos últimos três meses, alguma vez tentou manter consigo, de uma forma fanática/desperada, alguém que é importante para si e que queria evitá-lo(a) (ou que você pensou que queria evitá-lo(a))?
*(e.g., estando constantemente a telefonar, a controlar, a seduzir.... Só são pontuadas estratégias exageradas, forçadas e frenéticas).
(Este item refere-se ao abandono real e imaginado; para pontuar positivo, é necessário obter exemplos claros) (Pontuam também aqui exemplos/incidentes referidos nos itens 1.3, 1.4, e 1.5)*
- 1.3) Nos últimos três meses, alguma vez implorou ou chorou para que alguém não o(a) deixasse?
- 1.4) Nos últimos três meses, alguma vez ameaçou fazer alguma coisa para se certificar que alguém não o deixaria?
(e.g., chantagem, mentiras, assassinio, suicídio)
- 1.5) Nos últimos três meses, alguma vez recorreu à força física para impedir alguém de o(a) deixar?
(e.g., colocando-se em frente de um porta, agarrando alguém)
- 1.6) Nos últimos três meses, quantas vezes sentiu um desejo muito forte de ouvir alguém dizer-lhe que gosta muito de si, que se preocupa consigo, que não o(a) irá abandonar, que o(a) considera atraente, etc?
(Isto pode acontecer tanto com o companheiro(a), como com a família e os amigos)
- 1.7) Nos últimos três meses, quantas vezes pediu confirmações a outras pessoas, sendo que o objectivo dessas confirmações era na verdade assegurar-se que alguém não o(a) iria abandonar?



Anexo 3

Memórias Emocionais na Infância: ELES, CECA-Q, PBI, CES, IES-R

ELES

(Gilbert, P., Cheung, M. S. P., Granfield, T., Campey, F. & Irons, C., 2003)

(Tradução e Adaptação: Lopes, B. & Pinto Gouveia, J., 2005)

Introdução:

Esta escala é elaborada de forma a explorar as memórias da infância. A investigação nesta área sugere que as primeiras experiências de vida desempenham um papel importante nas dificuldades psicológicas que aparecem mais tarde.

Em baixo, encontram-se um conjunto de questões que indicam vários aspectos das primeiras experiências de vida. Leia com cuidado cada questão e indique o quanto cada frase é verdadeira para si, ou seja, o quanto é que a frase se aplica a si próprio.

Para fazer isto, faça um círculo no número que indica o grau de veracidade da frase em relação a si.

Seja sincero(a) nas suas respostas.

Utilize por favor a seguinte escala:

Completamente Falso	Muito Ocasionalmente Verdadeiro	Às vezes Verdadeiro	Verdadeiro	Muito Verdadeiro
1	2	3	4	5

Parte I

	1	2	3	4	5
1. Em minha casa tinha que ceder frequentemente perante os outros.					
2. Sentia-me “à beira do precipício” porque não sabia se os meus pais ficariam zangados comigo.					
3. Raramente sentia que as minhas opiniões importassem muito.					
4. Quando os meus pais ficavam zangados, havia muito pouco que poderia fazer para controlar a raiva deles.					
5. Se eu não fizesse o que os outros queriam, sentia que iria ser rejeitado(a).					

CECA-Q

(Childhood Experiences of Care and Abuse-Questionnaire, Bifulco et al., 2005)
(Tradução e Adaptação: Carvalho, S. et al., 2006)

A. Como se recorda da sua figura materna até aos 17 anos
Faça um círculo à volta número apropriado

Se tiver mais do que uma figura materna, escolha aquela com quem esteve mais tempo, ou aquela com quem teve mais dificuldades em viver.

Que figura materna vai descrever a seguir:

- 1. Mãe biológica
- 2. Madrasta
- 3. Outros familiares, ex. tia, avó
- 4. Outras pessoas não familiares, ex. mãe adoptiva, madrinha
- 5. Outra
(descreva)_____

Assinale com um círculo à volta do nº, de acordo com o cabeçalho das respostas, o grau que melhor defina a relação com a pessoa em causa.

	Sim totalmente		Mais ao menos	Não de modo nenhum	
1. Era muito difícil agradar-lhe	5	4	3	2	1
2. Interessava-se pelas minhas preocupações	5	4	3	2	1
3. Interessava-se por aquilo que eu fazia na escola	5	4	3	2	1
4. Fez-me sentir indesejado(a)	5	4	3	2	1
5. Tentava fazer sentir-me melhor quando eu estava triste	5	4	3	2	1

PBI

G. Parker. H. Tupling. L. B. Brow. 1979
Versão A. Baptista, 1986

ESTE QUESTIONÁRIO DESTINA-SE A AVALIAR O MODO COMO OS SEUS PAIS SE RELACIONAVAM
CONSIGO NOS SEUS 16 PRIMEIROS ANOS DE VIDA (INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA ATÉ AOS 16 ANOS)

Para cada afirmação faça uma avaliação separada do comportamento do seu Pai e da sua Mãe. Coloque
uma X num dos quadrados em frente a Pai, para avaliar o comportamento do seu Pai e outra num dos
quadrados em frente a Mãe para avaliar o comportamento da sua Mãe.

Por exemplo:

		Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito diferente
Era simpático comigo.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Muito Parecido	Moderadamente Parecido	Moderadamente Diferente	Muito diferente
1. Falava comigo em voz calma e amiga.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não ajudou tanto quanto eu precisava.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Parecia emocionalmente frio em relação a mim.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Parecia compreender os meus problemas e preocupações.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CES

(Berntsen, D. & Rubin, D., 2006)

(Tradução e adaptação: Matos, M. & Pinto Gouveia, J. 2006)

A experiência de uma emoção de Vergonha é frequente nos humanos. Quase toda a gente vivência, ao longo da sua vida, experiências de vergonha.

Neste estudo estamos interessados em conhecer as suas experiências de vergonha, isto é, situações em que tenha sentido vergonha.

Por Vergonha entende-se a emoção negativa associada a um sentido de diminuição e desvalorização pessoal. Sentimos vergonha quando, numa situação, nos avaliamos (devido a uma acção cu característica) de forma global como desajeitados, diferentes, inadequados, inferiores, fracos, repugnantes ou maus, mas também quando temos ideia de que os outros nos vêem como inferiores, defeituosos, inaptos, fracos ou repugnantes. Quando sentimos vergonha, temos muitas vezes outros sentimentos em simultâneo, como ansiedade, raiva, repugnância e somos assaltados por uma enorme vontade de desaparecer dali, nos escondermos ou fugirmos.

De seguida tente recordar-se de uma situação ou experiência (marcante) por que passou em que acha ter sentido Vergonha, durante a sua infância e/ou adolescência.

Por favor, pense nessa experiência marcante de vergonha de que se recordou e responda às seguintes questões de uma forma honesta e sincera, fazendo um círculo em torno do número (de 1 a 5) que melhor se aplica a si.

- | | | | | | | | |
|--|---------------------|---|---|---|---|---|---------------------|
| 1. Este acontecimento tornou-se num ponto de referência na forma como eu percebo novas experiências. | Discordo Totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Concordo Totalmente |
| 2. Vejo automaticamente conexões e semelhanças entre este acontecimento e experiências na minha vida actual. | Discordo Totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Concordo Totalmente |
| 3. Sinto que este acontecimento se tornou parte da minha identidade. | Discordo Totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Concordo Totalmente |
| 4. Este acontecimento pode ser visto como um símbolo ou marca de temas importantes na minha vida. | Discordo Totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Concordo Totalmente |
| 5. Este acontecimento torna a minha vida diferente da vida da maioria das pessoas | Discordo Totalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Concordo Totalmente |

IES-R

(Weiss & Marmar, 1997) (Tradução e adaptação: Matos, M. & Pinto Gouveia, J.,

2006)

A experiência de uma emoção de Vergonha é frequente nos humanos. Quase toda a gente vivência, ao longo da sua vida, experiências de vergonha.

Neste estudo estamos interessados em conhecer as suas experiências de vergonha, isto é, situações em que tenha sentido vergonha.

Por Vergonha entende-se a emoção negativa associada a um sentido de diminuição e desvalorização pessoal. Sentimos vergonha quando, numa situação, nos avaliamos (devido a uma acção ou característica) de forma global como desajeitados, diferentes, inadequados, inferiores, fracos, repugnantes ou maus, mas também quando temos ideia de que os outros nos vêem como inferiores, defeituosos, inaptos, fracos ou repugnantes. Quando sentimos vergonha, temos muitas vezes outros sentimentos em simultâneo, como ansiedade, raiva, repugnância e somos assaltados por uma enorme vontade de desaparecer dali, nos escondermos ou fugirmos. De seguida tente recordar-se de uma situação ou experiência (marcante) por que passou em que acha ter sentido Vergonha, durante a sua infância e/ou adolescência.

Em baixo, encontra-se uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem após acontecimentos de vida indutores de stress. Por favor, leia cada item e de seguida indique o grau de perturbação/sofrimento que a dificuldade lhe tem provocado AO LONGO DA SUA VIDA, a partir de 6 meses após o acontecimento. Isto é, em relação à experiência de Vergonha de que se recordou, quanto é que se sentiu perturbado ou incomodado por estas dificuldades?

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo
Qualquer coisa que me lembrasse do acontecimento trazia de volta sentimentos sobre isso.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em permanecer a dormir.	0	1	2	3	4
Outras coisas persistiam em fazer-me pensar naquilo.	0	1	2	3	4
Sentia-me irritável e zangado.	0	1	2	3	4
Tentei não ficar perturbado quando pensava nisso ou era lembrado disso.	0	1	2	3	4
Pensei sobre isso quando não era minha intenção.	0	1	2	3	4
Senti como se aquilo não tivesse acontecido ou não fosse real.	0	1	2	3	4



Anexo 4

Experiências do *Eu*: FSCRS; FSCS; LOSC; SELFCS; OAS; ISS

FSCRS

(Gilbert et al., 2004)

(Tradução e adaptação: Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2005)

Instruções: Quando as coisas correm mal nas nossas vidas ou não estão a funcionar como queríamos e sentimos que podíamos ter feito melhor temos, por vezes, pensamentos e sentimentos negativos e auto-críticos. Estes podem tomar a forma de sentimentos de desvalorização, inutilidade, inferioridade, etc. No entanto, as pessoas podem, também, tentar auto-tranquilizarem-se, ou auto-encorajarem-se. Estão descritos em baixo um conjunto de pensamentos ou sentimentos que as pessoas por vezes têm. Leia cuidadosamente cada um dos pensamentos/sentimentos e assinale com uma cruz aquela melhor descreve o quanto esse pensamento/sentimento se aplica a si (é verdadeiro no seu caso). Para isso utilize a seguinte escala de resposta.

Não sou assim	Sou um pouco assim	Sou moderadamente assim	Sou bastante assim	Sou extremamente assim
0	1	2	3	4

Quando as coisas correm mal:

	0	1	2	3	4
1. Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a).					
2. Há uma parte de mim que me inferioriza.					
3. Sou capaz de lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas.					
4. Tenho dificuldade em controlar a minha raiva e frustração comigo mesmo(a).					
5. Perdoo-me facilmente.					

FSCS

(Gilbert et al., 2004)

(Tradução e adaptação: Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2005)

Instruções: Podem existir várias razões que levam as pessoas a auto-criticarem-se e a zangarem-se consigo mesmas.

Leia cada uma das afirmações abaixo indicadas, e assinale com uma cruz aquela que melhor descreve o grau em que cada uma dessas afirmações é verdadeira para si.

Não sou assim	Sou um pouco assim	Sou moderadamente assim	Sou bastante assim	Sou extremamente assim
0	1	2	3	4

Critico-me e zango-me comigo mesmo(a):

	0	1	2	3	4
1. Para ter a certeza que mantenho os meus padrões.					
2. Para me impedir de ser feliz.					
3. Para mostrar que me preocupo com os meus erros.					
4. Porque se me punir, isso me faz sentir melhor .					
5. Para deixar de ser preguiçoso(a).					

LOSC

(Thompson & Zuroff, 2000)

(Tradução e adaptação: Melo, A., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2004)

Instruções: Este questionário tem um conjunto afirmações que descrevem a forma como diferentes pessoas se sentem acerca de si mesmas. Leia cada afirmação e decida qual o grau em que cada uma das descrições se aplica a si colocando um x em cada uma das opções de resposta para cada afirmação que melhor o(a) descreve. Não há respostas certas ou erradas por isso responda em função da forma como se sente habitualmente em relação a si mesmo(a).

Discordo totalmente			Não sei/ tenho dúvidas			Concordo totalmente		
1	2	3	4	5	6	7		
				Discordo totalmente		Não sei/ tenho dúvidas	Concordo totalmente	
1.	Fico muito irritável quando falho.							
2.	Tenho um irritante sentimento de inferioridade.							
3.	Fico muito frustrado(a) comigo mesmo quando não atinjo os meus padrões.							
4.	Habitualmente sinto-me desconfortável em situações sociais em que não sei o que esperar.							
5.	Fico frequentemente muito zangado comigo mesmo quando falho.							

SELFCS

(Neff, K.D., 2003)

(Tradução e Adaptação: Pinto Gouveia, J. & Castilho, P, 2006)

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Instruções: Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item indique qual a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala:

Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase Sempre				
1	2	3	4	5				
				1	2	3	4	5
1. Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações								
2. Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecada com tudo aquilo que está errado.								

	1	2	3	4	5
3. Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa..					
4. Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo.					
5. Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente.					

OAS

(Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., 1994)

(Tradução e adaptação: Lopes, B., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2005)

Instruções: Esta escala tem como objectivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo com os outros as vêem. De seguida é apresentada uma lista de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências referentes à forma como sente que os outros a vêem (visão que os outros têm de si).
 Leia atentamente cada uma das afirmações, e assinale com um círculo o número que indica a frequência com que sente ou experiência o que está descrito na frase.

	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
	0	1	2	3	4
	0	1	2	3	4
1. Sinto que as outras pessoas não me vêem como sendo suficientemente bom/boa.					
2. Penso que as pessoas me desprezam.					
3. As outras pessoas deitam-me muitas vezes abaixo.					
4. Sinto-me inseguro(a) acerca das opiniões dos outros sobre mim.					
5. As outras pessoas olham-me como se eu não estivesse à altura deles (as)					

Internalized Shame Scale (ISS)
(Cook, 1996; Tradução e adaptação Matos & Pinto-Gouveia, 2006)

Instruções:

Em baixo, encontra-se um conjunto de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências que você pode ter de vez em quando ou que lhe são familiares porque tem tido estes sentimentos e experiências desde há muito tempo.

A maioria das afirmações descreve sentimentos e experiências que geralmente são dolorosos ou negativos de alguma forma. Algumas pessoas nunca, ou quase nunca, tiveram muitos destes sentimentos. Toda a gente já teve, em algum momento, alguns destes sentimentos, contudo, se considerar que estas afirmações descrevem a forma como se sente grande parte do tempo apenas lê-las pode ser difícil. Tente responder com honestidade.

Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e faça em círculo em torno do número à esquerda do item que melhor indica a frequência com que sente o que está descrito na frase. Use a escala que se apresenta de seguida. NÃO OMITA NENHUM ITEM.

Escala				
0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|----|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1. | Sinto que nunca sou suficientemente bom. |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 2. | Sinto um pouco á parte |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3. | Penso que as pessoas me olham com superioridade. |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4. | Geralmente costumo sentir que sou bem sucedido. |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5. | Critico-me e desvalorizo-me a mim mesmo. |



Anexo 5

Variáveis de *ranking*: SCS, SBS

SCS

(Gilbert & Allan, 1995)

Instruções:

Gostaríamos de saber como se compara com os outros. Por favor, assinale com um círculo o número que, em cada linha, melhor traduz a forma como se sente no relacionamento com as outras pessoas.

No relacionamento com os outros, sinto-me:

Inferior	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Superior
Incompetente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais Competente
Antipático	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mais simpático
Rejeitado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aceite
Diferente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Igual

SBS

(Gilbert et al., 2004)

(Tradução e Adaptação: Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2004)

Instruções: As afirmações assinaladas descrevem o modo como as pessoas se comportam ou sentem em relação a situações sociais. Para cada questão faça um círculo em torno do número que melhor indica o grau em que sente que a afirmação se aplica a si.

	Nunca	Rara/ Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Concordo que estou errado(a) mesmo quando não estou.				
2. Faço coisas porque os outros as estão a fazer, e não porque eu as quero fazer.				
3. Se eu soubesse que numa loja me tinham dado troco a menos sairia sem reclamar.				
4. Deixo que os outros me critiquem ou me humilhem sem me defender.				
5. Faço o que os outros esperam de mim mesmo que não o queira fazer.				



Anexo 6

Afeto positivo: ETAP

ETAP

(Gilbert, P., 2007)

(Traduzido e adaptado por Pinto Gouveia, J., Dinis, A., & Matos, M., 2008)

Instruções:

De seguida, encontra-se um conjunto de palavras que descrevem diferentes emoções positivas. Algumas destas emoções estão associadas à experiência de se *sentir vivo*, energético e entusiasmado, enquanto outras se relacionam com sentir-se relaxado, calmo e apaziguado. Estamos interessados em saber em que grau normalmente experiência estes sentimentos.

Do lado direito da página assinala a frequência com que cada emoção é característica em si, usando a seguinte escala:

Não habitual/ característica em mim		Relativamente característico em mim		Muito característico em mim
0	1	2	3	4

		Quão característico em mim				
1.	Seguro	0	1	2	3	4
2.	Calmo	0	1	2	3	4
3.	Activo	0	1	2	3	4
4.	Descansado	0	1	2	3	4
5.	Sentir-se vivo	0	1	2	3	4



Anexo 7

Experiência de raiva: STAXI

STAXI

(Charles D. Spielberger, 1991; Adaptação para a população portuguesa: Danilo Silva, Rui Campos & Nina Prazeres, 1999)

Instruções:

Este questionário está dividido em 3 partes. Cada parte contém várias afirmações que as pessoas utilizam para descrever os seus sentimentos e o seu comportamento. Repare que cada parte tem instruções diferentes. Leia atentamente as instruções de cada parte, antes de começar a responder.

Não há respostas certas nem erradas. Ao responder a cada afirmação, dê a resposta que o(a) descreve melhor. Se se enganar e desejar mudar a sua resposta, risque a resposta incorrecta e assinale a correcta, fazendo um círculo à volta do número correspondente.

Parte 1: Instruções

Apresentam-se a seguir várias afirmações que as pessoas utilizaram para se descrever a si próprias. Leia cada afirmação e assinale 1, 2, 3 ou 4 para indicar como se sente neste momento. Lembre-se que não há respostas certas nem erradas. Não demore muito tempo com cada afirmação, mas dê a resposta que lhe parece descrever melhor os seus sentimentos actuais.

	De forma nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
	1	2	3	4
	De forma nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Muitíssimo
1. Estou furioso(a)	1	2	3	4
2. Sinto-me irritado(a)	1	2	3	4
3. Sinto-me zangado(a)	1	2	3	4
4. Apetece-me gritar com alguém	1	2	3	4



Anexo 8

Psicopatologia: EADS-42; QGS-28; PANAS; BPQ

EADS-42

(Lovibond & Lovibond, 1995)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim de muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
0	1	2	3
			0 1 2 3
1. Dei por mim a ficar aborrecido com coisas triviais do dia a dia			
2. Senti a minha boca seca			
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo			
4. Senti dificuldades em respirar			
5. Parecia-me não estar a conseguir ir mais além			

PANAS

(Watson, Clark & Tellegen, 1988)

(Traduzida e adaptada para a população portuguesa por Galinha & Pais -Ribeiro, 2005)

Instruções:

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra, e utilize a escala que apresentamos, para indicar em que medida sentiu cada uma das emoções *durante as últimas semanas*.

Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Interessado	1	2	3	4	5
2. Perturbado	1	2	3	4	5
3. Excitado	1	2	3	4	5
4. Atormentado	1	2	3	4	5

5. Agradavelmente surpreendido	1	2	3	4	5
-----------------------------------	---	---	---	---	---

**Questionário Geral de Saúde
(Goldberg)**

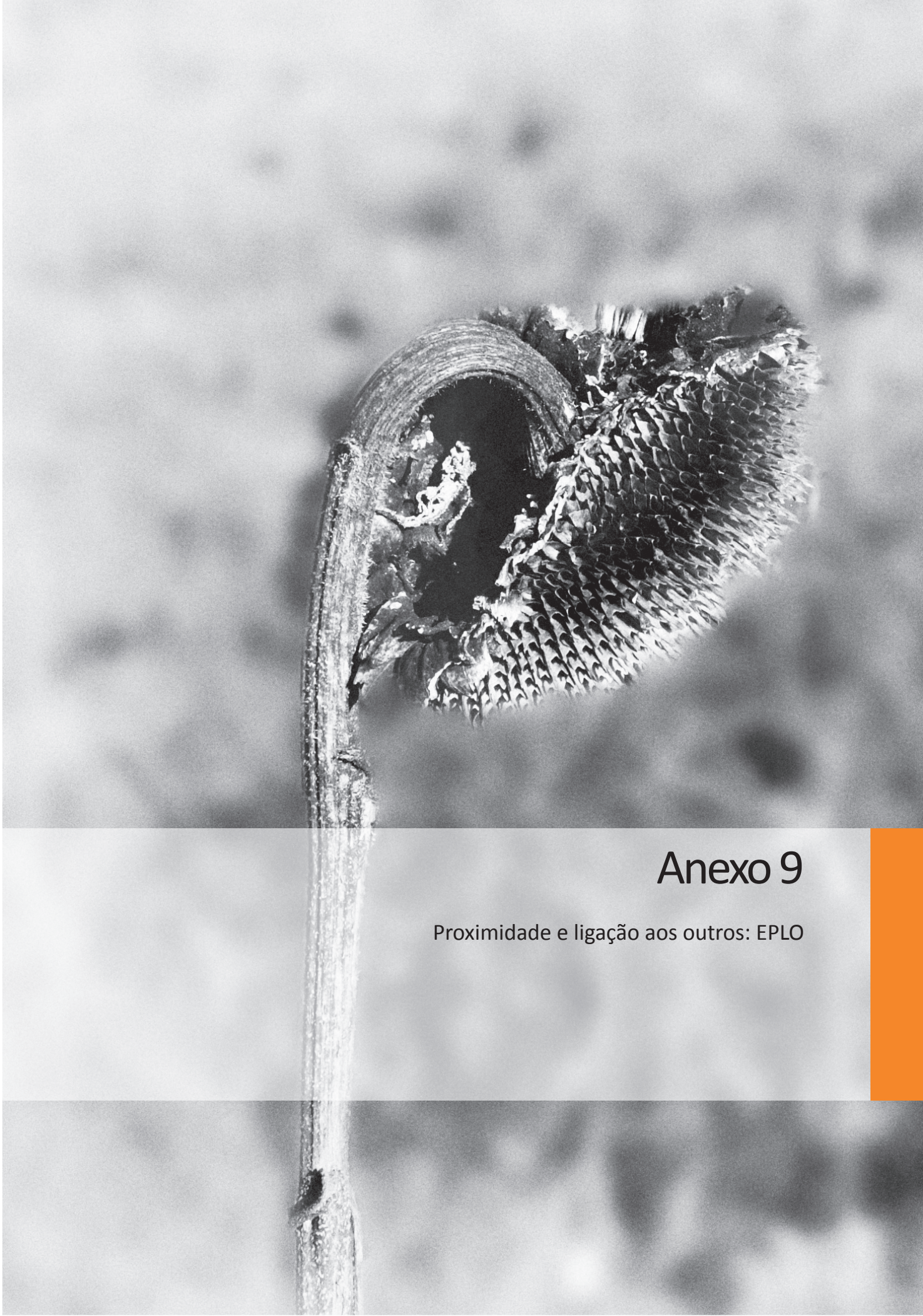
Questões	Pontos
Recentemente:	
1. Tem dificuldade em se concentrar no que está a fazer? (0-Não;1-Sim)	
2. Tem perdido o sono devido a aborrecimentos? (0-Não; 1-Sim)	
3*. Tem-se sentido útil? (1-Não; 0-Sim)*	
4. Tem dificuldade em tomar decisões? (0-Não; 1-Sim)	
5. Tem-se sentido constantemente sob tensão? (0-Não; 1-Sim)	

BPQ

Amir M. Poreh, PhD, David Rawlings, PhD, Gordon Claridge, PhD.
Justin L. Freeman, PhD, Catherine Faulkner, DClInPsych. And Clare Shelton MPsyh.
Tradução e Adaptação de Pinto Gouveia, J. & Duarte, D., 2007

Apresentam-se de seguida afirmações que podem descrever alguns dos nossos comportamentos. Para cada afirmação indique se ela descreve o seu comportamento habitual, assinalando SIM ou NÃO.

	SIM	NÃO
1. Faço frequentemente coisas sem pensar bem nelas.		
2. Fico muitas vezes deprimido ou ansioso inesperadamente.		
3. As pessoas abandonam-me frequentemente.		
4. Raramente fui desiludido pelos meus amigos.		
5. Sinto-me inferior às outras pessoas.		



Anexo 9

Proximidade e ligação aos outros: EPLO

Escala da proximidade e ligação aos outros

(Gilbert, McEwan, Mitra, Richter, Franks, Mills, Bellew & Gale, 2009)

(Tradução e adaptação: Dinis, A., Matos, M. & Pinto-Gouveia, J., 2009)

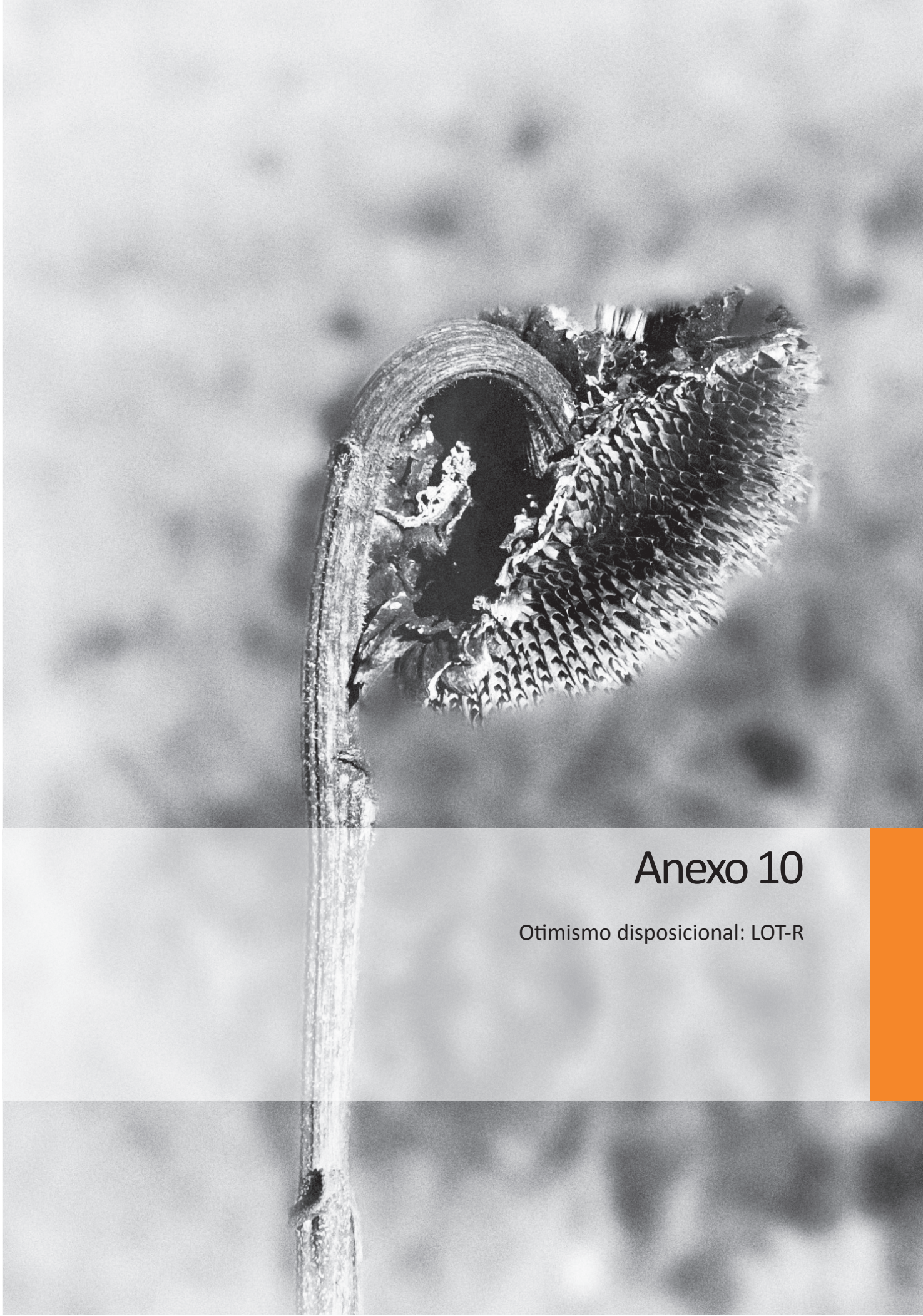
Instrução:

Estamos interessados em saber como as pessoas experimentam prazer, sentimentos e emoções positivas em situações sociais.

Em baixo, encontra-se um conjunto de afirmações acerca de como se pode sentir em diferentes situações. Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo à volta do número que melhor descreve o que sente.

1	2	3	4	5
Quase nunca				Quase sempre

1. Sinto-me satisfeito nas minhas relações com os outros.	1	2	3	4	5
2. Sinto-me facilmente acalmado/ tranquilizado pelos que estão à minha volta.	1	2	3	4	5
3. Sinto-me ligado aos outros.	1	2	3	4	5
4. Sinto que sou parte de algo maior que eu mesmo.	1	2	3	4	5
5. Sinto que sou cuidado pelos outros.	1	2	3	4	5

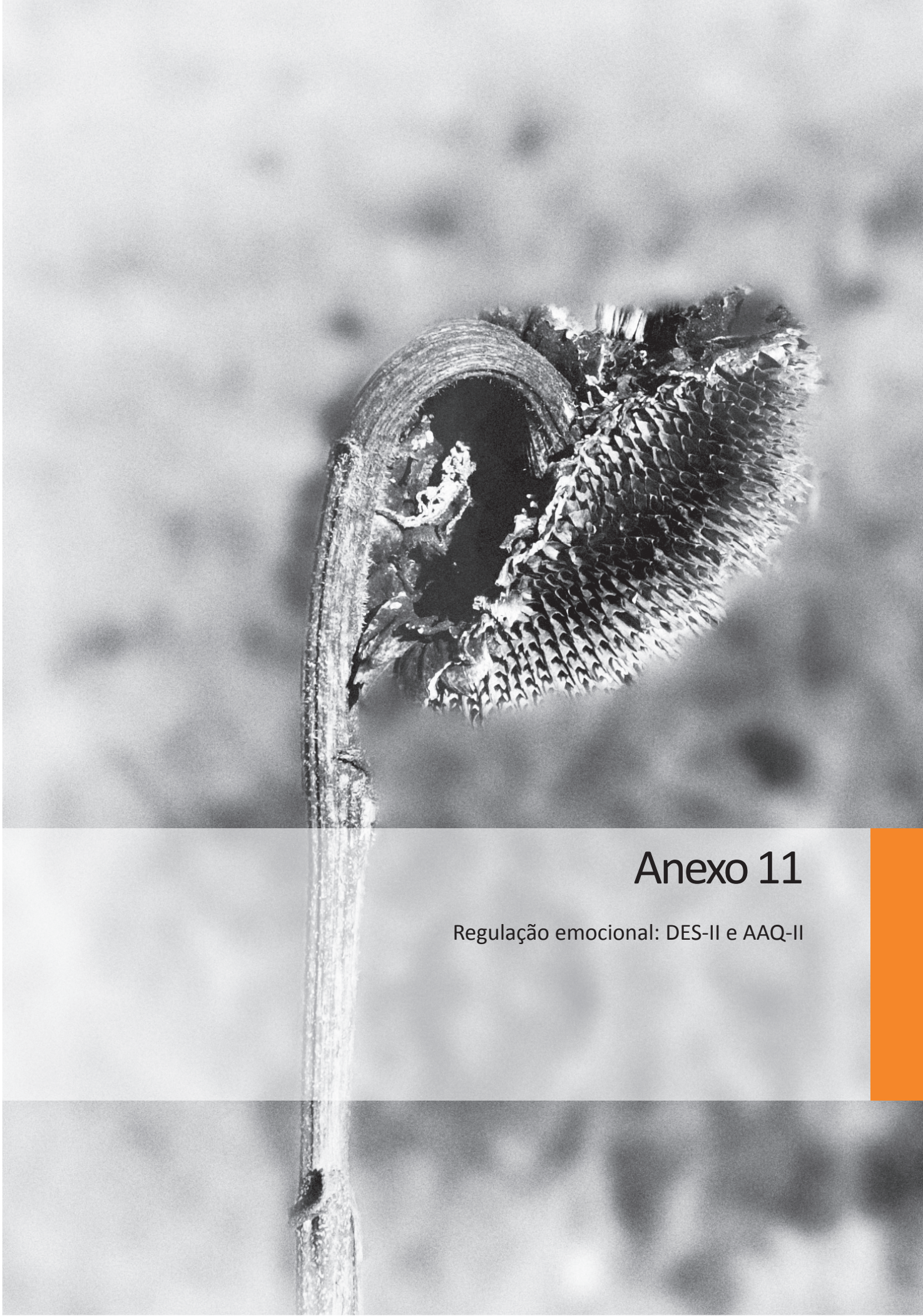


Anexo 10

Otimismo disposicional: LOT-R

Instruções: As afirmações seguintes referem-se ao modo como vê a vida em geral. Por favor leia cada uma e assinale 0, 1, 2, ou 4 para indicar quanto cada afirmação se aplica a si. Não há respostas certas ou erradas. Só queremos saber a sua opinião.

	4	3	2	1	0
1. Em períodos de incerteza, geralmente penso que tudo vai correr bem					
2. É-me fácil relaxar					
3. Se alguma coisa me pode correr mal, decerto que correrá					
4. Sou sempre optimista em relação ao futuro					
5. Divirto-me intensamente com as minhas amizades					



Anexo 11

Regulação emocional: DES-II e AAQ-II

DES-II

(Carlson & Putnam, 1993)

(Dinis, A., Matos, M. & Pinto Gouveia, J., 2008)

Exemplo:

1. Algumas pessoas, às vezes, estão a conduzir ou a utilizar transportes públicos, como metro ou autocarro, e de repente percebem que não se lembram do que aconteceu durante toda ou parte do trajecto. Circule o número que melhor descreve o quanto isto já lhe aconteceu.

2. Algumas pessoas estão a ouvir alguém falar e, de repente, apercebem-se que não ouviram parte ou tudo do que lhes foi dito. Circule o número que melhor descreve o quanto isto já lhe aconteceu.

3. Algumas pessoas, às vezes, dão por si num lugar e não têm ideia nenhuma de como lá chegaram. Circule o número que melhor descreve o quanto isto já lhe aconteceu.

4. Algumas pessoas, às vezes, dão-se conta de estarem com roupas que não se lembram de terem vestido. Circule o número que melhor descreve o quanto isto já lhe aconteceu.

5. Algumas pessoas, às vezes, encontram objectos novos entre as suas coisas que não se lembram de ter comprado. Circule o número que melhor descreve o quanto isto já lhe aconteceu.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

AAQ II

(Bond, F., et al, 2007)

(Tradução e adaptação de Pinto Gouveia, J. e Gregório, S., 2007)

Instruções:

Em baixo encontra-se uma lista de afirmações. Por favor assinale a veracidade de cada uma, em função de como se aplica a si. Use a seguinte escala para fazer a sua escolha:

Nunca Verdadeiro	Muito raramente verdadeiro	Pouco verdadeiro	Algumas vezes verdadeiro	Frequentemente verdadeiro	Quase sempre verdadeiro	Sempre verdadeiro
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1. Não há qualquer problema quando me lembro de algo desagradável.							
2. As minhas experiências e memórias dolorosas dificultam que eu viva uma vida que valorize.							
3. Tenho medo dos meus sentimentos.							
4. Não ser capaz de controlar as minhas preocupações e sentimentos é algo que me preocupa.							
5. As minhas memórias dolorosas impedem-me de ter uma vida em pleno.							